

## RENSEIGNEMENTS CLINIQUES : CBU- CHIMIE URINAIRE

Ne pas oublier de joindre l'ordonnance

**Noter sur l'étiquette votre nom, prénom  
ainsi que la date et l'heure à laquelle vous avez effectué le recueil  
Rapporter le flacon dans les plus brefs délais**

Nom : .....Prénom: .....  
 Nom de naissance : .....Date de naissance ...../...../.....  
 Adresse : .....  
 N° SS ..... Centre.....  
 Mutuelle ..... (photocopie carte)

**Date de prélèvement :** ...../...../..... **Heure :** .....

**Transmission des résultats :** ☐ A poster ☐ au laboratoire ☐ Internet

**Tubes spécifiques (bouchons jaune et blanc) à T°C ambiante :** ☐ oui ☐ non ☐ absent

**Flacon sans conservateur (gros bouchon jaune) au frigo :** ☐ oui ☐ non ☐ absent

### Renseignements Cliniques :

Avez-vous des brûlures lorsque vous urinez ? ☐ oui ☐ non

Avez-vous envie d'uriner fréquemment ? ☐ oui ☐ non

Avez-vous des douleurs lombaires ? ☐ oui ☐ non

Avez-vous mal au ventre ? ☐ oui ☐ non

Avez-vous de la fièvre ? ☐ oui ☐ non

Avez-vous déjà fait une pyélonéphrite ? ☐ oui ☐ non

### Terrain particulier :

Immunodépression : chimiothérapie et immunosuppresseurs ☐ oui ☐ non

Grossesse : ☐ oui ☐ non

Diabète : ☐ oui ☐ non

Hypertension : ☐ oui ☐ non

Maladie rénale chronique : ☐ oui ☐ non

Antibiotique en cours ☐ oui ☐ non

Contrôle après traitement ☐ oui ☐ non

Antibiotique à venir ☐ oui ☐ non

Si oui lequel ?.....

Du ...../...../..... au...../...../.....

Contrôle avant chirurgie ☐ oui ☐ non

Autres :

### Mode de recueil particulier :

Miction ? ☐ oui ☐ non

Si oui : ☐ 1<sup>er</sup> Jet ☐ Milieu de jet

Sondage évacuateur ? ☐ oui ☐ non

Sonde à demeure ? : ☐ oui ☐ non

Collecteur ? ☐ oui ☐ non

durée de pose .....h

### Partie réservée au laboratoire :

Date et heure de réception :

/ Opérateur :

Ordonnance ? ☐ oui ☐ non

Flacon ? ☐ oui ☐ non

Tubes : ☐ oui ☐ non

Conforme ? ☐ oui ☐ non