

# Préconisations pour une analyse d'urines

**Recueil d'urines à effectuer si vous n'avez pas uriné depuis au moins 4 heures.**

**Cas particulier des analyses d'urines sur premier jet pour la recherche de Chlamydiae, gonocoque et/ou mycoplasmes : miction matinale ou continence > 2h**

Scannez  
le QR code  
pour découvrir  
la notice



## RECUEIL URINAIRE ECBU

Comment faire ?

### 1- Recueil

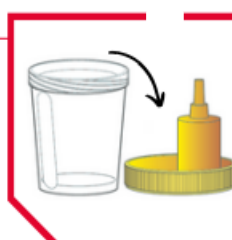
1  
Lavez-vous  
soigneusement  
les mains



2  
Effectuez  
une toilette  
intime (avec  
une lingette  
nettoyante)



3  
Débouchez  
le flacon\* et  
posez le à  
l'envers sur  
une surface  
propre



4  
Commencez  
à uriner le 1er jet  
dans les toilettes



Puis dans le flacon  
sans dépasser  
le niveau "MAX"

5  
Revissez  
le bouchon  
à fond



*\*Ne jamais toucher l'intérieur  
du flacon ou du bouchon*

DOCURIEC:BUKRVAG

**IDENTIFIER LE FLACON AVEC NOM, PRENOM ET DDN  
COMPLÉTER LE BON AU VERSO**

**A acheminer le plus rapidement possible au laboratoire  
Flacon : 2h à TA - < 24h à 2-8°C**

**Si recherche de mycoplasmes : à acheminer dans les 2 h.**

## Renseignements administratifs et cliniques

Sexe :  M  F

Nom d'usage : .....

Nom de naissance : .....

Prénom (s) : .....

Né(e) le : ...../...../..... à .....

INS : .....

Tél. portable : .....

E-mail : .....

J'accepte de recevoir des informations du Laboratoire Unilabs ou de ses prestataires par e-mail et la mise en ligne de mes résultats sur la plateforme sécurisée Kiro.

Adresse : .....

### IDENTITE CONTROLEE :

Carte d'identité  Livret de famille  Extrait acte de naissance  Titre de séjour  Passeport  Non

### DEMANDE DE TIERS-PAYANT

Si Maternité : DDG : ...../...../.....

N° S.S. : .....

Nom assuré(e) : .....

Mutuelle (N° Préf./AMC ; date de validité) : .....

Ordonnance renouvelable au labo du : .....  Ordonnance à suivre

### Transmission des résultats :

Internet (Formule kiro obligatoire)  A poster  Au laboratoire  Au cabinet IDE

A faxer au : .....

**A transmettre également au Médecin traitant :** .....

Si vous ne souhaitez pas que vos résultats d'analyses soient transmis à un professionnel de santé autre que le médecin prescripteur, cochez la case suivante :

**Date et heure de prélèvement : ...../...../..... à ..... h .....**

Flacon conservé à température ambiante (15-25°C) pendant une durée inférieure à 2h.

Flacon conservé à température réfrigérée (2-8°C), pendant une durée inférieure à 24h.

Mode de recueil :  Deuxième jet (=milieu de jet)

Premier jet (=1° gouttes)

Par sondage : type de sonde utilisée : ..... ; préleveur : .....

### Renseignements cliniques :

Absence de symptômes urinaires

Bandelettes urinaires positives

Envie fréquente d'uriner

Douleurs en urinant

Fièvre

Douleurs lombaires

Grossesse

Bilan préopératoire

**Votre médecin vous a-t-il prescrit un antibiotique ?**  Non

Oui (lequel : .....) )

Antibiotique non encore débuté  En cours

Terminé depuis le : .....