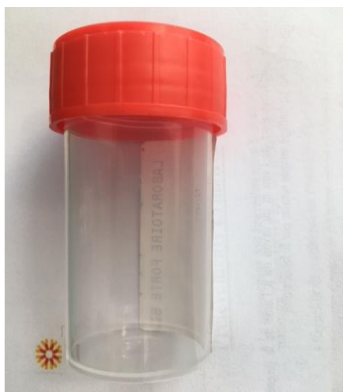


Prélèvements Urinaires

- Le prélèvement doit être réalisé avant le début du traitement antibiotique et au minimum 7 jours après l'arrêt des antibiotiques s'il s'agit d'un contrôle après traitement.
- Recueillir de préférence les premières urines du matin (sinon, en respectant une continence de plus de 2 heures) : le recueil se fait **dès le début de la miction directement dans le flacon.**

Matériel pour le prélèvement



Modalités de prélèvement pour un 1^{er} jet d'urines

- Se laver les mains.
- Ouvrir le pot de recueil et poser le couvercle **ROUGE** (couvercle retourné).
- Recueillir les urines dès le début de la miction dans le flacon stérile.
- Refermer soigneusement le pot avec le couvercle **ROUGE**
- Noter la date et l'heure du recueil.
- Remplir la fiche d'identification médicale.
- Identifier le flacon : **nom, prénom, date de naissance**
- Transmettre au laboratoire le pot à couvercle rouge **dans les 2 heures suivant la miction**

FICHE D'IDENTIFICATION MEDICALE

1^{er} jet urinaire

(Recherche de Mycoplasmes uro-génitaux et/ou de Chlamydiae trachomatis et gonocoque par PCR)

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 2 heures suivant le recueil au laboratoire

Nom Marital :

Nom de naissance : Prénom :

Date de naissance :/...../..... Sexe F M

Adresse :

.....

Code postal..... Ville.....

N° de Tél :

Date du prélèvement :/...../..... Heure :

.

Pour bénéficiaire du Tiers-Payant

N°SS :

-Organisme SS :

-Mutuelle :

(ou photocopie carte)

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

- | | | |
|--|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Leucorrhées ou écoulement | <input type="checkbox"/> Prurit | <input type="checkbox"/> Douleurs pelviennes |
| <input type="checkbox"/> Douleurs génitales | <input type="checkbox"/> Vésicules | <input type="checkbox"/> Ulcérations |
| <input type="checkbox"/> Fièvre | <input type="checkbox"/> Irritation | <input type="checkbox"/> Brûlures |
| <input type="checkbox"/> Autre : | | |

TERRAIN

- | | | |
|--|-----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Grossesse | <input type="checkbox"/> Stérilet | <input type="checkbox"/> Post-partum |
| <input type="checkbox"/> Traitement récent ou en cours | | |
| Si oui : lequel :du :au : | | |
| <input type="checkbox"/> Contrôle après traitement | | |
| Si oui : lequel :du :au : | | |
| <input type="checkbox"/> Bilan IST | | |
| <input type="checkbox"/> Autre : | | |

INTERNET: oui **VIENT CHERCHER:** oui **POSTER :** oui

Mail obligatoire :**Signature**.....

En cochant cette case, J'accepte de recevoir des informations du Laboratoire Unilabs ou de ses partenaires mandatés (*) par e-mail, et la mise en ligne de mes résultats sur la plateforme sécurisée Kiro. Je reconnais que mon adresse e-mail est personnelle, sécurisée et accessible uniquement aux personnes autorisées.

(*) Votre Laboratoire peut également vous transmettre des informations d'ordre pratique (changement d'horaires, d'adresses etc.) et des enquêtes de satisfaction ponctuelles en vue d'améliorer la qualité de nos services.