

## 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 en cas de cystite.

- Recueillir de préférence les premières urines du matin.

Le recueil sera sinon réalisé après une continence de 4 h (minimum 2 h) pour permettre un temps de stase suffisant de la vessie.

### Matériel pour le prélèvement



### Modalités de prélèvement pour ECBU (examen cytobactériologique urinaire)

- Se laver les mains.
- Effectuer une toilette locale soigneuse avec de l'eau et du savon ou à l'aide de la lingette imbibée de solution antiseptique sous emballage unique remise par le laboratoire.



- Ouvrir le pot de recueil et poser le couvercle JAUNE avec la **canule dirigée vers le haut** (couvercle retourné).
- Ne pas toucher la canule avec les doigts.**

- Eliminer le premier jet d'urine dans les toilettes.
- Recueillir ensuite les urines dans le flacon stérile.
- Refermer soigneusement le pot avec le couvercle JAUNE.



- Soulever l'étiquette de la protection située sur le couvercle JAUNE.
- Attention : cette étiquette protège une aiguille.**

- Vérifier que la canule plonge bien dans l'urine, (au besoin, incliner légèrement le pot).

- Dans l'orifice contenant l'aiguille : enfoncer à fond (les tubes l'un après l'autre) **jusqu'à ce que le bouchon en caoutchouc du tube soit perforé par l'aiguille.**

**Tube Blanc en premier  
Tube Jaune en dernier**

- Le remplissage est automatique jusqu'au volume prédéfini.



- Retirer les tubes et les homogénéiser par 8 à 10 retournements lents.

- Recoller l'étiquette papier sur l'orifice du couvercle (pour protéger l'aiguille).

- Identifier les tubes : **nom, prénom, date de naissance**



- Noter la date et l'heure du recueil.
- Remplir la fiche d'identification médicale.
- Transmettre au laboratoire : -les 2 tubes remplis -le pot à couvercle jaune (même si celui-ci est vide).
- Ne pas jeter le pot à couvercle JAUNE à la poubelle.**

#### **Température et délai de conservation :**

- Les flacons doivent être acheminés au laboratoire dans les plus brefs délais.
- Les tubes remplis (**tubes avec le bouchon blanc et le bouchon jaune**) sont conservés à température ambiante (**ne pas mettre au frais**).
- Si le prélèvement est effectué sur tout autre **flacon stérile sans conservateur** ou laissé dans **le flacon à bouchon jaune** : conservation possible au maximum 2 h à température ambiante, au-delà **mettre le flacon au frigo à +4°C** pendant 12 h maximum

**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 Marital : .....

Nom de naissance : ..... Prénom : .....

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

Adresse .....

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

N° de Tél : .....

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

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

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

**Pour bénéficiaire du Tiers-Payant**

N°SS : .....

-Organisme SS : .....

-Mutuelle : .....

(ou photocopie carte)

#### **RENSEIGNEMENTS ( entourer la bonne réponse )**

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
--------------------------	-----	-----

#### **MODE DE RECUEIL**

- SANS MATERIEL, en **milieu de jet**
    - Si collecteur (nourrissons...) : durée de pose = ....h)
  - AVEC MATERIEL
    - Sonde urétrale type **sonde à demeure**
    - Sonde urétérale : sonde J, JJ, néphrostomie ou pyélostomie
  - AUTRES : sondage évacuateur aller-retour ponction sus-pubienne
- |     |     |
|-----|-----|
| oui | non |

#### **TERRAIN PARTICULIER**

Grossesse	oui	non
-----------	-----	-----

Antibiotique récent ou en cours	oui	non	Si oui : lequel : ..... du : ..... au : .....
---------------------------------	-----	-----	--

Contrôle avant chirurgie	oui	non
--------------------------	-----	-----

Autre : .....	.....
---------------	-------

#### **Renseignements Transmission Résultats**

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

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

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.