BIOPATH

Fiche de renseignements : ECBU

MU-ADP-DEN008-11
Applicable le : 09-11-2026

À remplir et à remettre au laboratoire avec l'échantillon d'urines

Étiquette dossier

Nom : _____ Prénom : _____

Traitement

Prenez-vous un traitement antibiotique ?

◯ aucun ◯ prévu après le recueil ◯ en cours ◯ récent et terminé ◯ depuis – de 72H ◯ depuis 72H ou +

Nom de l'antibiotique : _____ Date début de traitement : _____ Date de fin de traitement : _____

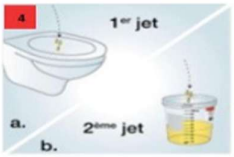


Lavez-vous les mains et séchez-les





Dévissez le couvercle et posez-le sur la face plane



a. Eliminez d'abord un 1er jet d'urines dans les toilettes **b.** Ensuite, remplissez le flacon (2ème jet d'urines)



Revissez bien le couvercle

Le recueil des urines

Le recueil s'effectue sur 2e jet urinaire. *Recueil fait après le changement de sonde ?* ◯ oui ◯ non

Préciser le mode de recueil si autre que 2e jet urinaire :

◯ Poche ou urinocol ◯ Sondage aller/retour ◯ Sonde à demeure :

Avez-vous uriné pour la dernière fois il y a plus de 2h ? ◯ oui ◯ non

Date de recueil : __ / __ / __ **Heure de recueil** : __ h __

Recueil réalisé : ◯ au laboratoire ◯ à domicile et conservé à température ambiante ◯ à domicile et conservé au réfrigérateur

Informations

Pourquoi réalisez-vous une analyse d'urine ? *(Plusieurs motifs possibles)*

◯ Tout va bien, il s'agit d'une surveillance ◯ Présence de symptômes ◯ Grossesse en cours
◯ Bilan avant une intervention chirurgicale ◯ Intervention chirurgicale récente sur l'arbre génito-urinaire
◯ Contrôle après un traitement antibiotique ◯ Pose ou changement de sonde urétérale

Si vous avez des symptômes :

◯ Envie d'uriner souvent ◯ Brûlures en urinant ◯ Difficultés en urinant ◯ Fièvre
◯ Douleurs lombaires (mal au bas du dos) ◯ Mal au ventre ◯ Sang dans les urines ◯ Urines malodorantes

Êtes-vous concerné par ?

◯ Infections urinaires à répétitions ◯ Greffe de rein
◯ Chimiothérapie ou traitement immunosuppresseur ◯ Pathologie ou chirurgie récente de l'arbre génito-urinaire

ZONE RÉSERVÉE AU LABORATOIRE

Initiales de l'opérateur : _____

Flacons / Tubes reçus :

◯ Sans borate ◯ Avec borate

Date/ heure de mise en borate : _____

Aspect :

◯ Légèrement trouble
◯ Hémorragique
◯ Hématique
◯ Trouble
◯ Limpide

Conformité échantillon

Délai conforme ? ◯ Oui ◯ **Non***
Stase conforme ? ◯ Oui ◯ **Non***
Arrêt ATB >72h ou pas de TT ? ◯ Oui ◯ **Non***

Autre éléments non -conforme *? (préciser) :

_____

**Saisir la NC dans le pré-analytique de l'analyse*