

URINES : ECBU – CHIMIE URINAIRE SUR ECHANTILLON**Prélèvement**

- ☛ 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.
- ☛ Le prélèvement doit être fait, si possible, au moins 4 heures après la miction précédente, pour permettre un temps de stase suffisant dans la vessie.

Matériel pour le prélèvement***Ce matériel de prélèvement peut également être utilisé pour :***

- **Recherche de Chlamydiae** : faire le recueil du 1^{er} jet, avec au moins un délai de 2 heures après la dernière miction.
- **Chimie urinaire** : albuminurie, glycosurie, microalbuminurie , ionogramme urinaire.....: premières urines du matin.

Modalités de prélèvement pour ECBU
(examen cyto bactériologique urinaire)

- Se laver les mains.
- Effectuer une toilette locale soignée 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.
Si demande de Chlamydiae urinaires faire le recueil du 1^{er} jet, avec au moins un délai de 2 heures après la dernière miction
- 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 24 h maximum.

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 : <input type="checkbox"/> A poster <input type="checkbox"/> au laboratoire <input type="checkbox"/> Internet		
 Tubes spécifiques (bouchons jaune et blanc) à T°c ambiante : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>non <input type="checkbox"/> absent		
 Flacon sans conservateur (gros bouchon jaune) au frigo : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> absent		
Renseignements Cliniques :		
Avez-vous des brûlures lorsque vous urinez ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Avez-vous envie d'uriner fréquemment ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Avez-vous des douleurs lombaires ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Avez-vous mal au ventre ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Avez-vous de la fièvre ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Avez-vous déjà fait une pyélonéphrite ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Terrain particulier :		
Immunodépression : chimiothérapie et immunosuppresseurs <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Grossesse : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Diabète : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Hypertension : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Maladie rénale chronique : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Antibiotique en cours	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Si oui lequel ?..... Du :/...../..... au...../...../.....
Contrôle après traitement	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Antibiotique à venir	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Contrôle avant chirurgie <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Autres :		
Mode de recueil particulier :		
Miction ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Sondage évacuateur ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Sonde à demeure ? : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Collecteur ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non durée de pose :h		
Partie réservée au laboratoire :		
Date et heure de réception : / Opérateur :		
Ordonnance ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Flacon ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Tubes : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Conforme ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		