Pensez à identifier le flacon avec 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 Usuel : ……
Nom de naissance :…… Prénom :……
Date de naissance : …../……../……..Sexe F M
Lieu de naissance : ……
Adresse : ……
……...
Code postal…… .Ville……
N° de Tél : ……
Date et heure du recueil : …../……../…… à … h…

Pour bénéficier du Tiers-Payant
N°SS :……..
-Organisme SS : ……
-Mutuelle :……
(ou photocopie carte)

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

☐ Leucorrhées ou écoulement ☐ Prurit ☐ Douleurs pelviennes
☐ Douleurs génitales ☐ Vésicules ☐ Ulcérations
☐ Fièvre ☐ Irritation ☐ Brûlures
☐ Autre :

TERRAIN

☐ Grossesse ☐ Stérilet ☐ Post-partum
☐ Traitement récent ou en cours
Si oui : lequel : ……..……..…du : ……..……..…au : ……..……
☐ Contrôle après traitement
Si oui : lequel : ……. ……..…du : ……..……..…au : ……..……..
☐ Bilan IST
☐Autre :

INTERNET: ☐ oui **LABORATOIRE:** ☐ 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.

Unilabs | Biolib

URINES 1ER JET :
FICHE DE RENSEIGNEMENTS
ET PRECONISATIONS DE
RECUEIL

ENR-PRE-018-01
Version : 1
Applicable le : 18-09-2023

Pensez à identifier le flacon avec 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 Usuel : ……
Nom de naissance :…… Prénom :……
Date de naissance : …../……../……..Sexe F M
Lieu de naissance : ……
Adresse : ……
……...
Code postal…… .Ville……
N° de Tél : ……
Date et heure du recueil : …../……../…… à … h…

Pour bénéficier du Tiers-Payant
N°SS :……..
-Organisme SS : ……
-Mutuelle :……
(ou photocopie carte)

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

☐ Leucorrhées ou écoulement ☐ Prurit ☐ Douleurs pelviennes
☐ Douleurs génitales ☐ Vésicules ☐ Ulcérations
☐ Fièvre ☐ Irritation ☐ Brûlures
☐ Autre :

TERRAIN

☐ Grossesse ☐ Stérilet ☐ Post-partum
☐ Traitement récent ou en cours
Si oui : lequel : ……..……..…du : ……..……..…au : ……..……
☐ Contrôle après traitement
Si oui : lequel : ……. ……..…du : ……..……..…au : ……..……..
☐ Bilan IST
☐Autre :

INTERNET: ☐ oui **LABORATOIRE:** ☐ 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.

MODALITES DE RECUEIL D'UN 1ER JET D'URINES POUR LES RECHERCHES DE : Chlamydiae & Gonocoques PCR Mycoplasmes Urinaires

PRECONISATIONS :

- 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.**

RECUEIL :

- Se laver les mains.
- Ouvrir le pot de recueil et poser le couvercle (couvercle retourné).
- Recueillir les urines dès le début de la miction dans le flacon stérile.
- Refermer soigneusement le pot avec le couvercle.

- Remplir la fiche de renseignement en prenant bien soin de noter la date et l'heure du recueil.
- Identifier le flacon : **nom, prénom, date et heure du recueil**
- Transmettre au laboratoire le pot à couvercle rouge **dans les 2 heures suivant la miction**

BIOLIB - GALLIENI	BIOLIB - RIALTO	BIOLIB - COUTRAS
11 Avenue Galliéni 33500 Libourne 05.57.55.38.48 laboratoire.gallieni@unilabs.com	9 Allée Robert Boulin 33500 Libourne 05.57.51.10.89 laboratoire.rialto@unilabs.com	6 Rue François Mitterrand 33230 Coutras 05.57.48.40.60 laboratoire.coutras@unilabs.com
BIOLIB - MONTPON	**BIOLIB - VAYRES**	**BIOLIB – ST LOUBES**
82 Avenue Georges Pompidou 24700 Montpon Menesterol 05.53.80.07.35 laboratoire.montpon@unilabs.com	14 Avenue de Libourne 33870 Vayres 05.57.84.92.92 laboratoire.vayres@unilabs.com	3 Chemin du Livey 33450 Saint Loubès 05.56.78.93.68 laboratoire.stloubes@unilabs.com

Unilabs | Biolib

URINES 1ER JET :
FICHE DE RENSEIGNEMENTS
ET PRECONISATIONS DE
RECUEIL

ENR-PRE-018-01
Version : 1
Applicable le : 18-09-2023

MODALITES DE RECUEIL D'UN 1ER JET D'URINES POUR LES RECHERCHES DE : Chlamydiae & Gonocoques PCR Mycoplasmes Urinaires

PRECONISATIONS :

- 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.

RECUEIL :

- Se laver les mains.
- Ouvrir le pot de recueil et poser le couvercle (couvercle retourné).
- Recueillir les urines dès le début de la miction dans le flacon stérile.
- Refermer soigneusement le pot avec le couvercle.

- Remplir la fiche de renseignement en prenant bien soin de noter la date et l'heure du recueil.
- Identifier le flacon : nom, prénom, date et heure du recueil
- Transmettre au laboratoire le pot à couvercle rouge dans les 2 heures suivant la miction

BIOLIB - GALLIENI	BIOLIB - RIALTO	BIOLIB - COUTRAS
11 Avenue Galliéni 33500 Libourne 05.57.55.38.48 laboratoire.gallieni@unilabs.com	9 Allée Robert Boulin 33500 Libourne 05.57.51.10.89 laboratoire.rialto@unilabs.com	6 Rue François Mitterrand 33230 Coutras 05.57.48.40.60 laboratoire.coutras@unilabs.com
BIOLIB - MONTPON	**BIOLIB - VAYRES**	**BIOLIB – ST LOUBES**
82 Avenue Georges Pompidou 24700 Montpon Menesterol 05.53.80.07.35 laboratoire.montpon@unilabs.com	14 Avenue de Libourne 33870 Vayres 05.57.84.92.92 laboratoire.vayres@unilabs.com	3 Chemin du Livey 33450 Saint Loubès 05.56.78.93.68 laboratoire.stloubes@unilabs.com

Page 2 / 2