



LEADER EUROPÉEN
DU DIAGNOSTIC MÉDICAL



Unilabs | Interlabo

Préconisations patient recueil d'urine pour recherche de Chlamydia / Gonocoque / Mycoplasme

Protocole de prélèvement

Le prélèvement s'effectue sur **un flacon** disponible au laboratoire ou à la pharmacie.

Nous vous remercions de respecter les recommandations suivantes :

- Le prélèvement sera réalisé, si possible, **avant de débuter un traitement antimicrobien local ou général, à la phase aiguë de la maladie.**
- Le prélèvement doit être réalisé **avant toute toilette intime.**
- En période menstruelle, **la pose d'un tampon est conseillée.**
- **Une abstinence sexuelle de 48 h** est recommandée.

- 1- Recueillir **le premier jet d'urine (environ 10-30 mL)** dans le flacon.
- 2- Refermer soigneusement le flacon.
- 3- Identifier le flacon avec votre **nom, prénom et date de naissance.** Noter la **date** et **l'heure du recueil.**
- 4- Mettre le flacon dans le sachet de transport **avec cette fiche complétée.**
- 5- Apporter le prélèvement **le plus rapidement possible** au laboratoire ou à la pharmacie.

Renseignements administratifs


- **Nom** : ► **Prénom** : ► **Sexe** : M F
- **Nom de Naissance** : ► **Date De Naissance** : / /
- **N° de Tél** : / / / /
- **Adresse** :
- **Transmission des résultats** :
- Mail → Adresse mail :
- 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.
- Laboratoire Pharmacie, laquelle : Domicile
- **N° Sécurité Sociale** :
- Caisse** : **Centre** :
- **Nom de la Mutuelle** : **N° AMC / télétrans** :
- Numéro d'adhérent** : **Fin de droit** :

Renseignements cliniques et thérapeutiques

- **Date de recueil** : / / ► **Heure de recueil** : H

Cocher :

- **Conservation de l'échantillon ?**

 Flacon conservé à température réfrigérée (2-8°C), pendant une **durée maximale de 24h.**

- **Présentez-vous les signes suivants ?**

Écoulement génital : NON OUI

Examen dans le cadre d'un dépistage IST (infection Sexuellement Transmissible) : NON OUI

Brûlure/gêne en urinant (dysurie) : NON OUI

Envie fréquente d'uriner (pollakiurie) : NON OUI

- **Traitement** :

Traitement prévu : NON OUI, Lequel :

Traitement en cours : NON OUI, Lequel :

Contrôle après traitement : NON OUI, Lequel :