

M  Mme  Mlle  Enf.

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

Prénom : .....

Date de naissance (**Impératif**) : ..... / ..... / ..... Sexe M  F

Adresse Email (**à inscrire IMPERATIVEMENT et LISIBLEMENT**) :

@

ADRESSE : .....

Tel : .....

N° SS de l'assuré et Caisse : .....

Mutuelle : .....  100%  ALD  AT  CMU

100% Maternité- date début .....

(La première fois, joindre l'attestation en cas de prise en charge à 100 %)

**PRESCRIPTION** du Docteur : ..... (Joindre l'ordonnance)

Si besoin : double au médecin : .....

RESULTATS :  MAIL  AU LABORATOIRE  COURRIER

### Modalités du recueil des urines

Attention : Recueillir les premières urines du matin ou des urines ayant séjourné si possible au moins 4 heures dans la vessie.

Effectuer le recueil des urines si possible avant de prendre des antibiotiques.

- Se laver les mains
- Procéder à une **toilette intime** soignée à l'aide d'une lingette ou d'un savon antiseptique
- Commencer à uriner dans les WC puis dans le flacon stérile
- **Remplir impérativement le flacon jusqu'à la jauge minimale, et le fermer hermétiquement.** Eviter tout contact avec la peau. (Si le niveau n'est pas atteint, sans transfert dans le tube, placer le flacon au réfrigérateur).
- **Identifier le flacon et le tube (Nom, Prénom et Date de naissance)**
- Soulever l'opercule autocollant protecteur blanc
- **Insérer le tube** (bouchon kaki) au niveau de l'orifice et l'enfoncer pour remplir le tube, puis le retirer, l'homogénéiser par plusieurs retournements, et remettre le flacon et le tube **hermétiquement** fermés dans la pochette prévue scellée.
- **Glisser dans la pochette avant du sachet les documents** ainsi protégés de tout contact avec votre prélèvement (ordonnance+ fiche). Merci



### Renseignements cliniques à fournir

- Avez-vous **des symptômes** évocateurs d'infection urinaire (fièvre, brûlures, douleurs lombaires,...) ?  oui  non
- Pour les femmes, êtes-vous **enceinte** ?  oui  non
- Avez-vous subi une chirurgie urologique récente ?  oui  non
- S'agit-il d'un examen pré-opératoire (uro ou cardiologie) ?  oui  non
- Avez-vous un déficit immunitaire (chimiothérapie, corticoïdes) ?  oui  non
- Avez-vous une sonde urinaire ?  oui  non
- Prenez-vous, allez-vous prendre ou avez-vous pris récemment des antibiotiques ?  oui  non
  - Si OUI nom de l'antibiotique.....
  - Commencé le .....
  - Arrêté depuis le .....
  - Sera pris après le recueil

Avez-vous une **allergie aux antibiotiques** ?  Non  Oui **Amoxicilline** ?  Oui

### VOTRE PRELEVEMENT

- Urine 2<sup>ème</sup> jet après toilette
- Urine 2<sup>ème</sup> jet sans toilette
- Sonde à demeure  Urinocol
- Autre (penilex, sondage...)

**DATE** : ...../...../.....

**HEURE** : .....h.....

### Délai maximal d'acheminement au laboratoire :

- Urines transférées dans le tube boraté : conservation ≤ à 24h à température ambiante.
- Urines non transférées < à 2h à température ambiante ou < à 12h entre 2 et 8°C.

Réceptionné le : .....

A : .....h..... Par : .....

- Prélèvement reçu avec Borate percuté
- Prélèvement non conforme