

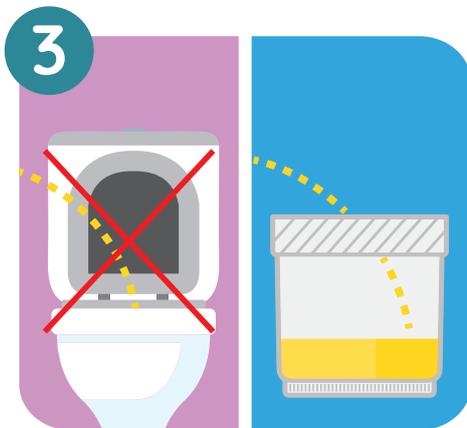
Le recueil s'effectue avant toute prise d'antibiotiques. Recueillir les premières urines du matin de préférence ; si ce n'est pas le cas, ne pas avoir uriné au cours de l'heure précédant le recueil.



Se laver les mains avec du savon. Ne pas faire de toilette intime, ne pas utiliser de lingette désinfectante.



Ouvrir le pot de recueil et poser le couvercle, **canule vers le haut**.



Uriner le premier jet d'urine (uniquement) dans le flacon, puis le refermer.



Noter le nom, prénom et la date de naissance sur le pot.

5 Transmettre, dans le sachet, le pot rapidement au laboratoire. Conservation maximale 24h à température ambiante.

Les encadrés rouges sont obligatoires, même si le patient est connu.

PATIENT

Nom :
Nom de naissance :
Sexe : Masculin Féminin
Prénom :
Date de naissance :/...../.....
Adresse :
CP / Ville :
Email :
N° de téléphone :

PRÉLÈVEMENT

Date :/...../..... Heure :h.....

TRANSMISSION DES RÉSULTATS

- Serveur de résultat (merci de noter l'email)
 Mail (merci de noter l'email)
 Retrait au laboratoire
 Courrier
 Copie au médecin traitant

Nom du médecin :

Renouvellement d'étiquettes : Oui Non

TIERS PAYANT

N° SS :
Caisse :
Mutuelle :

Si le patient n'est pas l'assuré :

Nom / prénom de l'assuré :
N° SS :
Date de naissance : / /

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

MODE DE RECUEIL DES URINES

- Recueillies en premier jet
 Autre :

AVEZ-VOUS DES SIGNES D'INFECTION URINAIRE ?

(brûlures, écoulements, douleurs en urinant, envies fréquentes d'uriner, douleur au bas ventre...)

Oui Non

COCHEZ LES CASES QUI VOUS CONCERNENT :

Grossesse Aide médicale à la procréation

AVEZ-VOUS PRIS UN ANTIBIOTIQUE AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS ?

Non Oui, lequel ?

LE MÉDECIN VOUS A-T-IL PRESCRIT DES ANTIBIOTIQUES ?

Non Oui, lequel ?

CONTRÔLE PAR LE LABORATOIRE (FACULTATIF)

Date de réception :/...../..... Heure :h..... Par :

Non-conformité : Oui