

5

Fiche de Prélèvement Recueil d'urines sur poche pédiatrique

Matériel nécessaire fourni : une poche pédiatrique et un pot identifié pour le recueil des urines et **des lingettes** pour la désinfection locale.

- Lavez-vous **soigneusement** les mains
 - Installez l'enfant sur le dos, les jambes écartées



Retirez doucement et complètement le papier qui protège la partie adhésive : attention à ne pas toucher l'intérieur de la poche.

Placez la poche sur l'orifice urinaire

Après la pose, massez doucement la partie adhésive de la poche pour garantir une bonne adhérence. Vous pouvez refermer la couche.

Si l'enfant n'a pas uriné au bout de 30 minutes, il est nécessaire de recommencer avec une nouvelle poche.

- Dès que l'enfant a uriné, retirez délicatement la poche pédiatrique. Placez la poche verticalement dans le pot fourni afin que l'urine reste confinée dans la poche. Refermez bien le pot. Placez le pot dans le sachet fourni.
 - Rapportez immédiatement les urines au laboratoire (conservation maximale 2h à température ambiante ou 12h au réfrigérateur)



G-PRA-1E006-01 page 2/2	buge sont obligatoires, meme si le patient est connu
PATIENT	RENSEIGNEMENTS CLINIQUES
Nom :	
Nom de naissance :	Combien de temps la poche est-elle
Prénom :	restée en place avant le prélèvement ?
Date de naissance : / /	restee en place avant le prelevement :
Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin	
Advance	Votre enfant a till des signes d'infection
Adresse:	Votre enfant a-t-il des signes d'infection urinaire ?
Tél / Port :	(brûlures, douleurs en urinant, envies
Ter/ Port	fréquentes d'uriner, douleur au bas
Mail:	ventre)
[Wall .	<i>'</i>
TIERS PAYANT	☐ NON ☐ OUI depuis moins de 24h
	OUI depuis plus de 24h
N° SS :	
Caisse:	
Mutuelle:	Cochez les cases qui le concernent :
Si le patient n'est pas l'assuré :	☐ Fièvre > 38,5°C
Nom:	, and the second
Prénom :	Mal au bas du dos
N° SS :	☐ Hospitalisation depuis moins d'un
Date de naissance : / /	mois ?
TRANSMISSION DES RESULTATS	☐ Greffé, sous immunosuppresseurs,
☐ Site internet ☐ Mail	immunodépression ou chimiothérapie
☐ Retrait au laboratoire ☐ Courrier	
☐ Copie au médecin traitant :	
Renouvellement d'étiquettes : Oui Non	A-t-il pris un antibiotique au cours des 7
DELEVENENT DU	derniers jours ?
PRELEVEMENT □Urgent	☐ NON ☐OUI, lequel ?
	, '
Date: / Heure: h	
Drélavé non :	Le médecin a-t-il prescrit des
Prélevé par :	antibiotiques ?
Nom:	□ NON □ OUI, lequel ? :
Prénom :	
CONTROLE RECEPTION AU LABO	
facultatif	
Heure h Par :	
Non-conformité : ☐ Oui	