

Ne pas laisser à la portée des enfants. Merci de respecter strictement les consignes ci-dessous. Le recueil s'effectue, si possible, avant toute prise d'antibiotiques et si possible sans avoir uriné au cours des 4 heures précédant le recueil.

SCANNEZ POUR VOIR
LA VIDÉO EXPLICATIVE



Se laver les mains avec du savon. Faire une toilette intime à l'aide de la lingette désinfectante fournie. **Pour les femmes, écarter les grandes lèvres. Pour les hommes, décaloter le gland.**



Ouvrir le pot de recueil et poser le couvercle, **canule vers le haut**. **ATTENTION à ne pas se piquer avec la canule.**



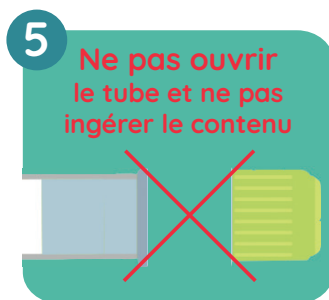
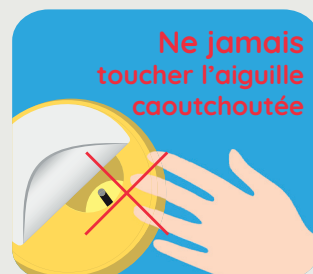
Uriner le premier jet dans les toilettes, puis uriner dans le pot **sans dépasser le niveau Max**. Bien refermer le pot.



Immédiatement après le recueil : préparer le(s) tube(s), si fourni(s) : sinon, passer directement à l'étape 9.

Agiter délicatement le pot (pour homogénéiser les urines) puis soulever l'étiquette en faisant attention à ne pas se piquer.

ATTENTION : ne pas mettre le doigt dans l'orifice contenant l'aiguille.



ATTENTION : Ne pas ouvrir le tube.

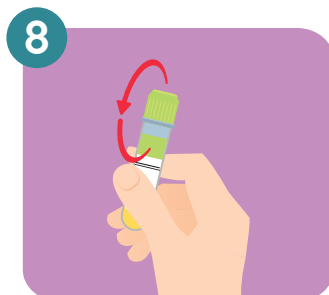


Planter le tube, **bouchon vers le bas** dans l'orifice du pot, et appuyer : **l'urine est aspirée dans le tube.**



Attendre la fin du remplissage (au moins 10 secondes) pour retirer le tube.

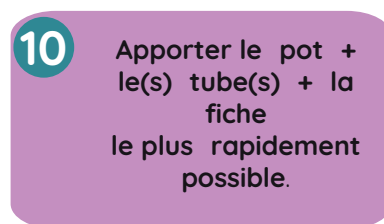
Recommencer avec le second tube (le cas échéant).



Retourner le(s) tube(s) **8 à 10 fois.**



Noter les **nom, prénom, date de naissance** sur le(s) tube(s) et le pot.



CONSERVATION MAX

Si tube préparé : 12H à température ambiante.

Si tube non préparé : 12H au réfrigérateur ou 2H à température ambiante.

PATIENT

Nom :
 Nom de naissance :
 Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin
 Prénom de naissance :
 Date de naissance :/...../.....
 Adresse :

 Email :
 N° de téléphone :

PRÉLÈVEMENT (À remplir par le patient ou l'IDE)

Date :/...../..... Heure :h.....
 Pot d'urines conservé : ☐ au réfrigérateur
☐ à température ambiante

Si transfert vers tube boraté différé par rapport au recueil :

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

TRANSMISSION DES RÉSULTATS

- ☐ Serveur de résultat / Mail (merci de noter l'Email)
☐ Retrait au laboratoire
☐ Autre :
☐ Courrier (en l'absence d'autre choix)
☐ Double à un autre médecin
 Nom du médecin :

TIERS PAYANT

N° SS :
 Caisse :
 Mutuelle :
Si le patient n'est pas l'assuré :
 Nom / prénom de l'assuré :
 Date de naissance : / /

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

MODE DE RECUEIL DES URINES

- ☐ Milieu de jet
☐ Sonde à demeure
☐ Sondage aller-retour / minute
 Réalisé par :
☐ Autre :

TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE

- ☐ Aucun ☐ Prescrit mais pas commencé
☐ Déjà en cours ☐ Contrôle après traitement
 Nom de l'antibiotique :
 Date de début de prise si commencé :/...../.....
 Durée du traitement : jours

COCHEZ LES CASES QUI VOUS CONCERNENT

- ☐ Absence de fièvre et de signes cliniques urinaires(contrôle)
☐ Fièvre
☐ Signes d'infections urinaires :
 Douleurs ou brûlures en urinant
 Envie d'uriner fréquente ou incontrôlée
 Douleurs lombaires

Contexte de la prescription :

- ☐ Grossesse Date des dernières règles :/...../.....
☐ Bilan préopératoire de chirurgie urologique
 (date de l'intervention :/...../.....)
☐ Exploration uro dynamique
☐ Bilan préopératoire non urologique
☐ Calcul urinaire / sonde JJ en place
☐ Pathologie de l'appareil urinaire (malformations...) :
☐ Immunodépression /Greffe.

CONTRÔLE PAR LE LABORATOIRE (FACULTATIF)

Date de réception :/...../..... Heure :h.....
 Flacon transmis ? ☐ Oui ☐ Non
 Tube boraté transmis ? ☐ Oui ☐ Non
 Prélèvement non conforme. ☐ Non (tracer une NC)

Par :

Si tube boraté préparé par le laboratoire, à réception des urines :
 Date d'aliquotage :/...../..... Heure :h.....
 Opérateur :