

☐ Recherche Albumine et Sucre dans les urines

Faire le recueil de préférence le matin et à jeun Grossesse : ☐ OUI ☐ NON

☐ Recherche de Chlamydiae trachomatis dans les urines

Recueillir le premier jet des premières urines du matin

☐ Recueil d'urines pour ECU (Examen CytoBactériologique des Urines)

1. Faire le recueil d'urines avant de prendre tout traitement antibiotique. S'il s'agit d'un contrôle après traitement, le recueil doit être effectué 72h après l'arrêt de l'antibiotique.
2. Se laver les mains et faire une toilette génitale soigneuse à l'aide d'une lingette ou d'un savon antiseptique.
4. Eliminer le premier jet d'urines dans les toilettes puis uriner dans le flacon stérile
5. Ecrire votre nom, prénom, date de naissance, date et heure de prélèvement sur le flacon et compléter le tableau ci-dessous
7. Placer le flacon dans la pochette plastique, selon les instructions notées dessus.
8. Transmettre la pochette avec le flacon au laboratoire le plus rapidement possible

(Conservation possible quelques heures au réfrigérateur)

| | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Les urines ont-elles été mises au réfrigérateur ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Si oui, combien de temps :..... | | |
| Avez-vous commencé les antibiotiques avant de faire le recueil ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| S'agit-il d'un contrôle après traitement antibiotique ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Date de fin du traitement : | | |
| Avez-vous des signes d'infection urinaire : | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| de la fièvre ? des frissons ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| avez-vous une sensation de brûlure en urinant ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| une envie fréquente d'uriner ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| un poids dans le bas ventre ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| avez-vous des douleurs lombaires ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Le recueil a-t-il été effectué par sondage minute ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| à l'aide d'une poche (pour les enfants) ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Portez-vous une sonde urinaire ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| S'agit-il d'un bilan préopératoire ou urologique ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Etes-vous sujet aux calculs urinaires ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Avez-vous été opéré des voies urinaires ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |

Réf.: A/B/C PRC2 DE TOUS 001 V04

☐ Recherche Albumine et Sucre dans les urines

Faire le recueil de préférence le matin et à jeun Grossesse : ☐ OUI ☐ NON

☐ Recherche de Chlamydiae trachomatis dans les urines

Recueillir le premier jet des premières urines du matin

☐ Recueil d'urines pour ECU (Examen CytoBactériologique des Urines)

1. Faire le recueil d'urines avant de prendre tout traitement antibiotique. S'il s'agit d'un contrôle après traitement, le recueil doit être effectué 72h après l'arrêt de l'antibiotique.
2. Se laver les mains et faire une toilette génitale soigneuse à l'aide d'une lingette ou d'un savon antiseptique.
4. Eliminer le premier jet d'urines dans les toilettes puis uriner dans le flacon stérile.
5. Ecrire votre nom, prénom, date de naissance, date et heure de prélèvement sur le flacon et compléter le tableau ci-dessous.
7. Placer le flacon dans la pochette plastique, selon les instructions notées dessus.
8. Transmettre la pochette avec le flacon au laboratoire le plus rapidement possible

(Conservation possible quelques heures au réfrigérateur)

| | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Les urines ont-elles été mises au réfrigérateur ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Si oui, combien de temps :..... | | |
| Avez-vous commencé les antibiotiques avant de faire le recueil ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| S'agit-il d'un contrôle après traitement antibiotique ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Date de fin du traitement : | | |
| Avez-vous des signes d'infection urinaire : | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| de la fièvre ? des frissons ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| avez-vous une sensation de brûlure en urinant ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| une envie fréquente d'uriner ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| un poids dans le bas ventre ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| avez-vous des douleurs lombaires ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Le recueil a-t-il été effectué par sondage minute ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| à l'aide d'une poche (pour les enfants) ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Portez-vous une sonde urinaire ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| S'agit-il d'un bilan préopératoire ou urologique ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Etes-vous sujet aux calculs urinaires ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Avez-vous été opéré des voies urinaires ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |

Réf.: A/B/C PRC2 DE TOUS 001 V04