

Ne convient pas pour la chimie des urines

PATIENT Mlle Me Mr Enfant

Nom de naissance: _____

Nom d'usage: _____

Prénom: _____

Date de naissance: _____ / _____ / _____

Adresse: _____

N° de téléphone : _____



PRÉLÈVEMENT

Ordonnance : jointe déjà au laboratoire URGENT

Date et heure du prélèvement : le ____/____/____ à ____ h ____.

ECBU / Cytologie Urinaire

TYPE DE RECUEIL

Miction spontanée
(Recueil à mi-jet)

Sur sonde à demeure
 Sondage aller-retour
 Prélèvement chirurgical (préciser l'origine)

TERRAIN

Grossesse en cours
 Risque infectieux majoré
(chimiothérapie, traitement immuno-suppresseur...)

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Brûlures urinaires, miction fréquente
 Fièvre
 Bilan **avant** examen urologique (cystoscopie) ou pose d'une sonde
 Contrôle **après** traitement antibiotique
 Autre (à préciser) : _____



**NE PAS JETER
LA POUDRE**



**NE PAS
INGERER**

Avez-vous pris des ANTIBIOTIQUES ces deux derniers jours ? Non

Oui *Nom de l'antibiotique* _____

Noter le Nom, Prénom et Date de naissance sur le flacon

Le prélèvement doit être effectué **de préférence** avant tout traitement antibiotique ou 3-4 jours après l'arrêt du traitement et si possible plus de 4 heures après la miction précédente

Miction spontanée (recueil à mi-jet)

- Faire une toilette intime **minutieuse** à l'aide de la lingette.
- Uriner **un premier jet** dans les toilettes ... sans interrompre la miction... remplir au minimum la moitié du flacon.
- Fermer le flacon

Sur sonde à demeure

- Après avoir clampé la sonde pendant 15 minutes, désinfecter le dispositif de prélèvement de la sonde
- Recueillir l'urine en ponctionnant au niveau du dispositif.

Ne jamais recueillir l'urine du sac collecteur

Ni rompre le système clos

Transport à température ambiante

- Flacon **à transmettre rapidement** au laboratoire ou chez le correspondant (*pharmacie, cabinet infirmier*).

Délai pré-analytique

(Durée maximum entre l'heure de prélèvement et l'heure de sa prise en charge analytique)

24h à température ambiante (15-25°C)

Pour tout examen inhabituel ou prescrit pour un bébé / nourrisson, veuillez contacter le laboratoire

Cosne – Tel: 03-86-28-04-66

Decize – Tel: 03-86-25-16-88

Briare – Tel: 02-38-37-04-43

Nevers – Tel: 03-86-61-41-30

Sancoins – Tel: 02-48-74-65-73

Sully – Tel: 02-38-36-24-87