

Ne convient pas pour les ECBU / Cytologie Urinaire

**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 \_\_\_\_.

**CONTEXTE**            Grossesse en cours             oui     non

### CHIMIE DES URINES

Protéines / Glucose

Échantillon des premières urines du matin, **à jeun de préférence**

Microalbuminurie

Rapport Albumine / Créatinine

Calciurie, autres...

Échantillon d'urine à **n'importe quel moment**

**RECHERCHE DE CHLAMYDIAE  
GONOCOQUES, MYCOPLASMES**

**Premier jet des urines** au lever  
ou après 2 h sans miction

**AUTRES**     à préciser : \_\_\_\_\_

### Recueil sur flacon sans poudre et transport

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

*Remplir au moins la moitié du flacon.*

*A déposer rapidement au laboratoire ou chez le correspondant (pharmacie, cabinet infirmier). Conservation et transport des urines à température ambiante.*

Les données collectées dans ce formulaire sont soumises à la réglementation RGPD, dispositions consultables sur [evorial.fr](http://evorial.fr) rubrique « mentions légales ».