FICHE DE RENSEIGNEMENTS CLINIQUES
_C2ENRURINV01 – RECUEIL DES URINES

PATIENT (*obligatoire)

Nom d'usage* :……**Prénom***……

Nom de naissance* :……

Date de naissance* : ……./……../…… **Sexe*** : ☐ M ☐ F

Adresse* :……

……

……

Code postal* : ……..Ville* :……

Mail* :……

Tél.* : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

N° sécurité sociale* : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Caisse Assurance maladie : …… Dpt :……

Mutuelle :……

Prise en charge : ☐ ALD ☐ Invalidité ☐ Stérilité ☐ CMU ☐ grossesse ☐ Accident de travail

☐ **Identité vérifiée par pièce d'identité (nouveau patient)** : ☐ CNI ☐ Passeport ☐ Livret de famille ☐ Autres ……

PRÉLÈVEMENT

Date de prélèvement : ……../……../……..**Heure** :……..

Préleveur :……

Lieu : ☐ Domicile ☐ ES / EPHAD ☐ Autre : ……

CACHET CORRESPONDANT

TAMPON :

TRANSMISSION DES RÉSULTATS

☐ Mail* ☐ Remis en main propre (labo) ☐ Courrier postal

Autorisation de diffuser les résultats aux professionnels de santé : Sauf opposition de la part du patient, le laboratoire est susceptible de communiquer les résultats aux professionnels appartenant à l'équipe de soins. **Si le patient s'oppose, cocher cette case** ☐

À COMPLÉTER SI ALBUMINURIE /GLYCOSURIE DEMANDÉES *(cocher la case correspondante)*

Nature du prélèvement :

☐ Suivi grossesse
☐ Suivi hypertension artérielle
☐ Suivi diabète
☐ Suivi insuffisance rénale ou maladie rénale
☐ Autre (préciser) : ……

RÉCEPTION DES ÉCHANTILLONS
(case réservée au laboratoire)

Réceptionné le ……..…… **À**……**h**……

Par……

Echantillon(s) conforme(s) à réception ☐ Oui ☐ Non

Type NC : ……

À COMPLÉTER SI ECBU *(cocher la case correspondante)*

Contexte de la demande :

☐ Recherche infection urinaire
☐ Contrôle après traitement
☐ Dépistage avant intervention urologique
☐ Pathologie rénale (calcul, greffe…)
☐ Intervention chirugicale urologique récente

Conditions de recueil des urines :

☐ Milieu de jet après toilette locale
☐ Milieu de jet sans toilette locale
☐ Début du jet
☐ Poche nourrisson
☐ Sondage aller-retour (extemporané)
☐ Autre :……

Portez-vous une sonde ? ☐ Oui ☐ Non

Êtes-vous enceinte ? ☐ Oui ☐ Non

Prenez-vous ou avez-vous pris récemment des antibiotiques<10jours ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, nom de l'antibiotique : ……*début le :…../…../…..*

Avez-vous des symptômes d'infection urinaire ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui lesquels :
☐ Sensation de brûlures en urinant
☐ Mictions répétées rapprochées
☐ Difficulté à uriner
☐ Fièvre > 38°C
☐ Douleurs lombaires (bas du dos)

FICHE DE RENSEIGNEMENTS CLINIQUES
_C2ENRURINV01 – RECUEIL DES URINES

PATIENT (*obligatoire)

Nom d'usage* :……**Prénom***……

Nom de naissance* :……

Date de naissance* : ……./……../…… **Sexe*** : ☐ M ☐ F

Adresse* :……

……

……

Code postal* : ……..Ville* :……

Mail* :……

Tél.* : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

N° sécurité sociale* : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Caisse Assurance maladie : …… Dpt :……

Mutuelle :……

Prise en charge : ☐ ALD ☐ Invalidité ☐ Stérilité ☐ CMU ☐ grossesse ☐ Accident de travail

☐ **Identité vérifiée par pièce d'identité (nouveau patient)** : ☐ CNI ☐ Passeport ☐ Livret de famille ☐ Autres ……

PRÉLÈVEMENT

Date de prélèvement : ……../……../……..**Heure** :……..

Préleveur :……

Lieu : ☐ Domicile ☐ ES / EPHAD ☐ Autre : ……

CACHET CORRESPONDANT

TAMPON :

TRANSMISSION DES RÉSULTATS

☐ Mail* ☐ Remis en main propre (labo) ☐ Courrier postal

Autorisation de diffuser les résultats aux professionnels de santé : Sauf opposition de la part du patient, le laboratoire est susceptible de communiquer les résultats aux professionnels appartenant à l'équipe de soins. **Si le patient s'oppose, cocher cette case** ☐

À COMPLÉTER SI ALBUMINURIE /GLYCOSURIE DEMANDÉES *(cocher la case correspondante)*

Nature du prélèvement :

☐ Suivi grossesse
☐ Suivi hypertension artérielle
☐ Suivi diabète
☐ Suivi insuffisance rénale ou maladie rénale
☐ Autre (préciser) : ……

RÉCEPTION DES ÉCHANTILLONS
(case réservée au laboratoire)

Réceptionné le ……..…… **À**……**h**……

Par……

Echantillon(s) conforme(s) à réception ☐ Oui ☐ Non

Type NC : ……

À COMPLÉTER SI ECBU *(cocher la case correspondante)*

Contexte de la demande :

☐ Recherche infection urinaire
☐ Contrôle après traitement
☐ Dépistage avant intervention urologique
☐ Pathologie rénale (calcul, greffe…)
☐ Intervention chirugicale urologique récente

Conditions de recueil des urines :

☐ Milieu de jet après toilette locale
☐ Milieu de jet sans toilette locale
☐ Début du jet
☐ Poche nourrisson
☐ Sondage aller-retour (extemporané)
☐ Autre :……

Portez-vous une sonde ? ☐ Oui ☐ Non

Êtes-vous enceinte ? ☐ Oui ☐ Non

Prenez-vous ou avez-vous pris récemment des antibiotiques<10jours ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, nom de l'antibiotique : ……*début le :…../…../…..*

Avez-vous des symptômes d'infection urinaire ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui lesquels :
☐ Sensation de brûlures en urinant
☐ Mictions répétées rapprochées
☐ Difficulté à uriner
☐ Fièvre > 38°C
☐ Douleurs lombaires (bas du dos)

FICHE DE RENSEIGNEMENTS CLINIQUES
_C2ENRURINV01 – RECUEIL DES URINES

ECBU (Examen Cytobactériologique des Urines)

Si possible avant la prise de tout antibiotique et au moins 4 heures après la miction précédente.

Se laver les mains, puis faire une **toilette intime soigneuse** (avec de l'eau et du savon ou la lingette fournie) **chez la femme** de la région vulvaire d'avant en arrière sans revenir sur le geste, **chez l'homme** du gland, après avoir décalotté. Essuyer.

Éliminer le début du jet des urines dans les toilettes, puis **uriner ensuite le milieu de jet dans le pot jaune** (pour un **volume d'urines si possible entre les repères MIN et MAX du pot jaune). Refermer soigneusement le pot jaune, puis remplir d'urines le tube VACUETTE jaune (voir instruction d'utilisation).** Transmettre au labo pot jaune + tube VACUETTE.

Poche nourrisson : pour les enfants en bas âge, après avoir nettoyé (eau et savon, lingette) puis essuyé, utiliser une poche stérile fournie par le laboratoire (ne pas laisser la poche posée plus de 30 minutes). Après la miction, retirer la poche puis la fermer soigneusement, à acheminer immédiatement au laboratoire (sinon conserver à +4°C)

CONSERVATION :
ECBU sur tube VACUETTE jaune : à température ambiante (13 à 30°C) <12h idéalement (acceptable 48h max).
Si ECBU sur pot jaune : à température ambiante (13 à 30°C) 2h00 max. À +4°C <12h idéalement (acceptable 24h max).

INSTRUCTION D'UTILISATION

1

Identifier le pot avec votre nom/prénom/date et heure de recueil
Recueillir l'urine dans le pot jaune

Retirer le sticker de protection présent sur le couvercle

2

Placer le tube VACUETTE dans l'orifice du couvercle, bouchon vers le bas, et percuter le bouchon du tube (appuyer fortement)

3

Maintenir le tube appuyé, le remplissage est automatique (système sous vide) jusqu'au volume prédéfini

4

Recoller le sticker sur le pot à urine

Retirer le tube et l'homogénéiser par 7 à 8 retournements successifs puis identifier le tube avec votre nom/prénom

CHLAMYDIA/GONOCOQUE/TRICHOMONAS/MYCOPLASMES

Recueil des premières urines du matin, sinon il faut un **minimum de 1 heure** depuis la dernière miction.

Recueillir le **1er jet d'urines (=début de jet)** dans le pot jaune sans effectuer de toilette préalable. Remplir au **maximum jusqu'au repère MIN, puis refermer soigneusement le pot jaune.**

INSTRUCTION D'UTILISATION

Identifier le pot avec votre nom/prénom/date/ heure de recueil
Recueillir l'urine dans le pot jaune
Retirer le sticker de protection présent sur le couvercle

1

ALBUMINURIE / GLYCOSURIE :

Uriner de préférence les **premières urines du matin à jeun** dans le pot jaune et le **refermer soigneusement.**
Ne pas utiliser le tube VACUETTE, identifier le flacon *(nom/prénom/date/heure de recueil)*
CONSERVATION :
Pot jaune : à température ambiante (13 à 30°C) 2h00 max. À +4°C <24h

RAPPORTER LE POT DE RECUEIL + TUBE IDENTIFIES ET VOTRE PRESCRIPTION

FICHE DE RENSEIGNEMENTS CLINIQUES
_C2ENRURINV01 – RECUEIL DES URINES

ECBU (Examen Cytobactériologique des Urines)

Si possible avant la prise de tout antibiotique et au moins 4 heures après la miction précédente.

Se laver les mains, puis faire une **toilette intime soigneuse** (avec de l'eau et du savon ou la lingette fournie) **chez la femme** de la région vulvaire d'avant en arrière sans revenir sur le geste, **chez l'homme** du gland, après avoir décalotté. Essuyer.

Éliminer le début du jet des urines dans les toilettes, puis **uriner ensuite le milieu de jet dans le pot jaune** (pour un **volume d'urines si possible entre les repères MIN et MAX du pot jaune). Refermer soigneusement le pot jaune, puis remplir d'urines le tube VACUETTE jaune (voir instruction d'utilisation).** Transmettre au labo pot jaune + tube VACUETTE.

Poche nourrisson : pour les enfants en bas âge, après avoir nettoyé (eau et savon, lingette) puis essuyé, utiliser une poche stérile fournie par le laboratoire (ne pas laisser la poche posée plus de 30 minutes). Après la miction, retirer la poche puis la fermer soigneusement, à acheminer immédiatement au laboratoire (sinon conserver à +4°C)

CONSERVATION :
ECBU sur tube VACUETTE jaune : à température ambiante (13 à 30°C) <12h idéalement (acceptable 48h max).
Si ECBU sur pot jaune : à température ambiante (13 à 30°C) 2h00 max. À +4°C <12h idéalement (acceptable 24h max).

INSTRUCTION D'UTILISATION

1

Identifier le pot avec votre nom/prénom/date et heure de recueil
Recueillir l'urine dans le pot jaune

Retirer le sticker de protection présent sur le couvercle

2

Placer le tube VACUETTE dans l'orifice du couvercle, bouchon vers le bas, et percuter le bouchon du tube (appuyer fortement)

3

Maintenir le tube appuyé, le remplissage est automatique (système sous vide) jusqu'au volume prédéfini

4

Recoller le sticker sur le pot à urine

Retirer le tube et l'homogénéiser par 7 à 8 retournements successifs puis identifier le tube avec votre nom/prénom

CHLAMYDIA/GONOCOQUE/TRICHOMONAS/MYCOPLASMES

Recueil des premières urines du matin, sinon il faut un **minimum de 1 heure** depuis la dernière miction.

Recueillir le **1er jet d'urines (=début de jet)** dans le pot jaune sans effectuer de toilette préalable. Remplir au **maximum jusqu'au repère MIN, puis refermer soigneusement le pot jaune.**

INSTRUCTION D'UTILISATION

Identifier le pot avec votre nom/prénom/date/ heure de recueil
Recueillir l'urine dans le pot jaune
Retirer le sticker de protection présent sur le couvercle

1

ALBUMINURIE / GLYCOSURIE :

Uriner de préférence les **premières urines du matin à jeun** dans le pot jaune et le **refermer soigneusement.**
Ne pas utiliser le tube VACUETTE, identifier le flacon *(nom/prénom/date/heure de recueil)*
CONSERVATION :
Pot jaune : à température ambiante (13 à 30°C) 2h00 max. À +4°C <24h

RAPPORTER LE POT DE RECUEIL + TUBE IDENTIFIES ET VOTRE PRESCRIPTION