

**Informations relatives au Patient :**

Nom d'Usage : \_\_\_\_\_ Nom de naissance : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Adresse complète : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

E-MAIL : \_\_\_\_\_

**Transmission des résultats :**  Serveur de résultats  Impression au laboratoire

**Informations relatives à l'assuré :**

Sécurité sociale : Nom et prénom de l'assuré : \_\_\_\_\_

Numéro d'assuré (SS) : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_ Caisse (SS) : \_\_\_\_\_

Régime particulier : \_\_\_\_\_

Mutuelle : Nom : \_\_\_\_\_ N° AMC : \_\_\_\_\_ N° adhérent : \_\_\_\_\_

**Consignes de réalisation :**

**RECUEIL D'URINE CHEZ L'ADULTE**

Votre médecin vous a prescrit un **examen cytologique ou cytbactériologique des urines (ECBU)**, afin de réaliser un recueil optimal, merci de respecter les consignes suivantes :



Lavez-vous soigneusement les mains, effectuez une **toilette périnéale** avec une compresse imbibée de solution antiseptique ou avec le kit fourni par le laboratoire (1). Dévissez le couvercle du pot, **éliminez le 1<sup>er</sup> jet d'urines** dans les toilettes (environ 20 – 30ml) et recueillir dans le pot les **premières urines du jour** ou à défaut les urines après une abstention de **4heures** (2). Refermez le flacon. N'oubliez pas d'identifier le flacon avec son nom, prénom et date de naissance (3).

**Informations relatives au Prélèvement :**

**Date et heure de recueil des urines :** \_\_/\_\_/\_\_\_\_ à \_\_ h \_\_

**Conservation au frigo ?**  Oui  Non

**Mode recueil :** Milieu de jet  Sonde à demeure  Sondage aller-retour  Autre : \_\_\_\_\_

**Délai d'acheminement au laboratoire :**

**Apporter le prélèvement le plus rapidement possible au laboratoire**  
**< 2 heures à T° Ambiante ou < 6 heures au réfrigérateur pour le pot d'urine**  
**< 12h pour les urines sur tube borate à T° Ambiante**

**Contexte :**

Avez-vous des brûlures en urinant/ douleur à la miction ?  Oui  Non

Fréquente envie d'uriner (pollakiurie) ?  Oui  Non

Douleur lombaire ?  Oui  Non

De la fièvre/Frisson ?  Oui  Non

Avez-vous pris un antibiotique avant le recueil ?  Oui  Non Si oui lequel et quand ? \_\_\_\_\_

S'agit-il d'un contrôle avant geste urologique ?  Oui  Non Si oui quand ? \_\_\_\_\_

Etes-vous immunodéprimé ?  Oui  Non

Pour les femmes, êtes-vous enceinte ?  Oui  Non DDG : \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Autres symptômes, précisez : .....