



\*champ obligatoire

## INFORMATIONS

**Nom de naissance\*** : ..... **Sexe\*** :  M  F  
**Prénom(s) de naissance\*** : ..... **Date de naissance\*** : ...../...../.....  
**Nom usuel** : ..... **Téléphone** : .....  
**Lieu de naissance\*** : .....  
 Adresse principale : .....  
 Adresse secondaire : .....  
 Nom + prénom de naissance de l'assuré (si différent) : .....  
 Date et lieu de naissance assuré : .....  
 N° SS : ..... Caisse : .....  
 Mutuelle : .....  CMU  
 ALD  Invalidité  Ac du travail – Date de l'accident : .....  
 Maternité – Date début de grossesse : .....  
 Prescription jointe au prélèvement  
 Prescription au labo (renouvelable) **Date Ordonnance** : ...../...../.....

## RESULTAT

**Prescripteur** :  URGENT (résultat cytologie urinaire dans la journée)  
**Patient** :  A poster  Adresse principale  Adresse secondaire  
 Au laboratoire (sur présentation carte vitale ou coupon d'identification)  
 Par Internet (renseigner votre adresse e-mail) .....@.....  
 Transmission des résultats à un médecin autre que le prescripteur  
 Nom du médecin : .....  
*Dans le cadre du Suivi Médical Rendu au patient, vos résultats sont transmis à toute l'équipe médicale (prescripteur, IDE, etc...). Cochez la case NON si vous vous y opposez.  NON*

## PRELEVEMENT

**Ne pas débuter d'antibiothérapie avant le recueil sauf indication médicale**

### RECUEIL

**Date du recueil** : ..... **Heure du recueil** : .....  
**Conditions de recueil**  1er jet  Milieu de jet  Urinocol  
 Ponction sus-pubienne  Sondage  Sonde à demeure

### CONSERVATION / TRANSMISSION DES URINES AU LABORATOIRE

Température **AMBIANTE** ⇒ à acheminer dans les 2h maximum  
 **REFRIGERATION** immédiate (bas du réfrigérateur) ⇒ à acheminer dans les 24h maximum  
 Transfert immédiat sur **TUBE BORATE** ⇒ à acheminer dans les 40h maximum  
**Date et Heure de remplissage du tube boraté** : .....  
 Transmis par : .....

## RENSEIGNEMENTS CLINIQUES / THERAPEUTIQUES

MERCI DE REpondre AUX QUESTIONS SUIVANTES	OUI	NON
S'agit-il d'une grossesse ?		
Avez-vous de la fièvre, des brûlures en urinant, des douleurs lombaires ou des mictions rapprochées ?		
Votre médecin vous a-t-il prescrit un antibiotique pour votre problème urinaire (à prendre après ce recueil) ? *		
S'agit-il d'un examen de contrôle après traitement ou sous traitement ? * si oui quel traitement.....		
*Date de la dernière prise : .....		

## PARTIE RESERVEE AU LABORATOIRE

Réception des échantillons le : ..... à .....h..... Par : .....

Conforme

Non-conforme : .....

	Flacon primaire	Tube boraté
Echets reçus		

Enregistrement vérifié le : ..... Par : .....

Conforme

Non-conforme



## ECBU : Examen CytoBactériologique des Urines

### Préparation et recueil des urines dans le flacon :

Il n'est pas nécessaire d'être à-jeun. Recueillir **les premières urines du matin** ou les urines ayant séjourné **4 heures** dans la vessie.

1.  Identifiez le flacon Nom de naissance / Prénom de naissance / Nom usuel / Date de naissance.

2.  Lavez-vous les mains puis procédez à une toilette de la région urinaire avec la lingette désinfectante.

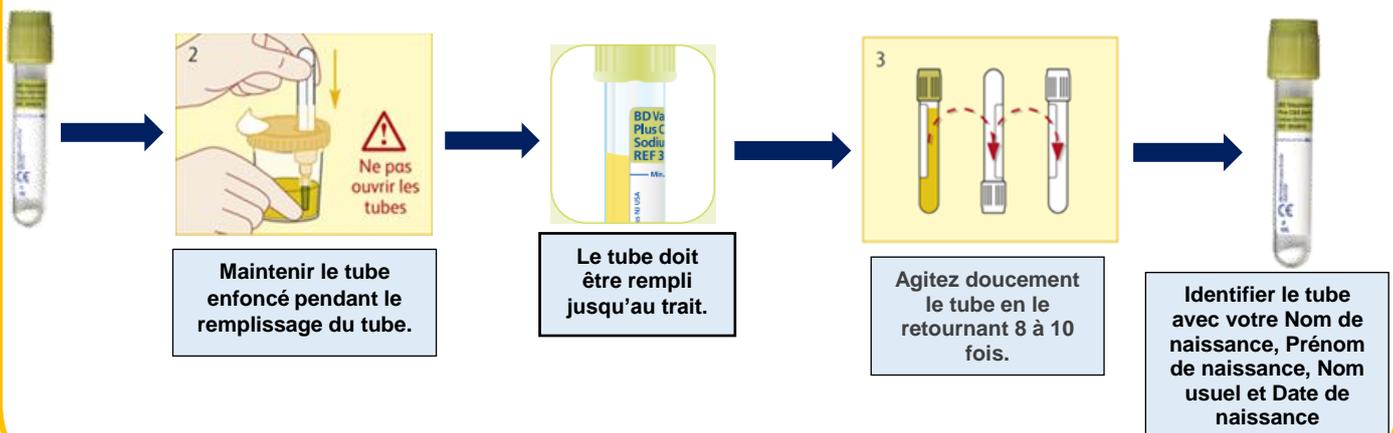
3.  Ne pas toucher la canule pour qu'elle reste stérile.

4.  Eliminer les premières gouttes dans les WC puis recueillir dans le flacon.

### Durée de conservation des urines :

Flacon : **24h** maximum au réfrigérateur OU Tube boraté : **40h** à température ambiante (voir ci-dessous)

### Transfert des urines dans le tube boraté (conservation 40h) :



### Acheminement au laboratoire :

Dans la **poche latérale** du sachet joindre l'**ordonnance** de l'analyse d'urine + la feuille **à remplir** « Fiche de suivi médical ECBU » présente dans le kit.

Dans la **poche centrale** du sachet déposer le flacon d'urine et le tube boraté. Ne pas retirer le papier absorbant du sachet.