

	Formulaire	Référence : C1-ENR15
	Preconisations Recueil des Urines	Version 13
	pour ECBU	LABM BIOSEVRES

Intérêt : cet examen permet de détecter les infections urinaires.

Le recueil doit être réalisé sur les **premières urines du matin** (en milieu de jet) **ou 4 heures après la dernière miction et avant tout traitement antibiotique.**

PRECONISATIONS POUR LE PRELEVEMENT



Faire une toilette intime uniquement avec la lingette Benza-Clean.



Ne pas jeter la poudre du flacon

Recueil en **une seule fois**



Identifier-le avec **Nom et prénom + date et heure du recueil**

Introduire le flacon dans la pochette et la fermer.

⇒ Les flacons avec poudre doivent impérativement être rempli entre les deux niveaux indiqués par les flèches. Mélanger doucement. Apporter votre flacon au laboratoire, à température ambiante (15-25°C), dans les 12h après le recueil.

⇒ Les flacons sans poudre, doivent être apportés dans les 2 heures au laboratoire (conservation possible 12h au réfrigérateur).

Pour les enfants ne pouvant pas uriner dans un flacon, **une poche collectrice doit être posée** (urinocol, fourni par le laboratoire) sur la peau propre et sèche. Elle peut être laissée en place **30 min. maximum**. Si besoin, demander conseil au laboratoire.

Retirer délicatement la poche, refermer la avec les faces collantes, puis, déposer la dans un flacon stérile (**sans transvaser**). Identifier le flacon et noter la date et l'heure du recueil. Conservation maximale : 12h au réfrigérateur.

Afin d'améliorer la qualité du résultat de votre analyse,
tout recueil doit être apporté au laboratoire dans les plus brefs délais.



	Formulaire Preconisations Recueil des Urines pour ECBU	Référence : C1-ENR15
		Version 13
		LABM BIOSEVRES

Intérêt : cet examen permet de détecter les infections urinaires.

Le recueil doit être réalisé sur les **premières urines du matin** (en milieu de jet) **ou 4 heures après la dernière miction et avant tout traitement antibiotique.**

PRECONISATIONS POUR LE PRELEVEMENT



Faire une toilette intime uniquement avec la lingette Benza-Clean.



Ne pas jeter la poudre du flacon
Recueil en **une seule fois**



Identifier-le avec **Nom et prénom + date et heure du recueil**

Introduire le flacon dans la pochette et la fermer.

⇒ Les flacons avec poudre doivent impérativement être rempli entre les deux niveaux indiqués par les flèches. Mélanger doucement. Apporter votre flacon au laboratoire, à température ambiante (15-25°C), dans les 12h après le recueil.

⇒ Les flacons sans poudre, doivent être apportés dans les 2 heures au laboratoire (conservation possible 12h au réfrigérateur).

Pour les enfants ne pouvant pas uriner dans un flacon, **une poche collectrice doit être posée** (urinocol, fourni par le laboratoire) sur la peau propre et sèche. Elle peut être laissée en place **30 min. maximum**. Si besoin, demander conseil au laboratoire.

Retirer délicatement la poche, refermer la avec les faces collantes, puis, déposer la dans un flacon stérile (**sans transvaser**). Identifier le flacon et noter la date et l'heure du recueil. Conservation maximale : 12h au réfrigérateur.

Afin d'améliorer la qualité du résultat de votre analyse,
tout recueil doit être apporté au laboratoire dans les plus brefs délais.





Formulaire
**Preconisations Recueil des Urines
pour ECBU**

Référence : C1-ENR15

Version 13

LABM BIOSEVRES

☐ **Site de Bressuire**

tél. 05 49 65 03 05

☐ **Site de Thouars**

tél. 05 49 66 26 37

☐ **Site de Thouars Porte de Paris**

tél 05 49 66 17 07

**Merci de compléter le questionnaire suivant et de joindre
OBLIGATOIREMENT votre ordonnance**

PATIENT: **M.** ☐ **Mme** ☐ **Melle** ☐ **Enfant** ☐

Nom : Nom de naissance :

Prénom (s) : Sexe : ☐ M ☐ F

Date de naissance : Tél :

Adresse complète :

Résultats patients : ☐ A poster ☐ A garder au labo

☐ Par Internet : identifiant transmis par SMS – **tel portable(obligatoire) :**

☐ J'ai déjà un compte **Signature** pour accord Internet :

PRESCRIPTEUR :

Nom du prescripteur + coordonnées si nécessaire :

RENSEIGNEMENTS :

Date du recueil : **Heure de recueil :**

Modalité de recueil : ☐ Miction milieu de jet ☐ Urinocol ☐ Penilex ☐ Sondage minute
☐ Sonde à demeure ☐ Stomie ☐ Dispositif endo-urinaire (ex : sonde JJ) : depuis le :

Contexte clinique : Grossesse en cours : ☐ **Oui** ☐ **Non**

☐ Suspicion d'infection ☐ Suspicion d' Infection Urinaire Associée aux Soins (IUAS)

Bilan avant geste / opération urologique : ☐ **Oui** ☐ **Non**

Traitement antibiotique en cours : ☐ **Oui** ☐ **Non** Lequel :

☐ Traitement antibiotique prévu après le recueil. Lequel :

☐ Contrôle après traitement antibiotique (arrêté depuis : ☐ + de 7 jours ☐ – de 7 jours)

☐ Notion de greffe / chimiothérapie ☐ Bilan d'assurance ☐ Antécédent d'infection

Avez-vous conservé votre flacon au réfrigérateur ? ☐ **Oui** ☐ **Non**

Signes cliniques : ☐ Fièvre >38°C ☐ Envie fréquente d'uriner

☐ Douleurs lombaires ☐ Brûlure à la miction ☐ Douleurs abdominales

☐ Autres : ☐ **Absence de symptômes**

PATIENT 100% - TIERS PAYANT :

N° de Sécurité Sociale :

Nom-Prénom de l'assuré :

Caisse principale : Mutuelle : Date fin de droit : ...



Formulaire
**Preconisations Recueil des Urines
pour ECBU**

Référence : C1-ENR15

Version 13

LABM BIOSEVRES

☐ Site de Bressuire
tél. 05 49 65 03 05

☐ Site de Thouars
tél. 05 49 66 26 37

☐ Site de Thouars Porte de Paris
tél 05 49 66 17 07

**Merci de compléter le questionnaire suivant et de joindre
OBLIGATOIREMENT votre ordonnance**

<u>PATIENT:</u>	M. ☐	Mme ☐	Melle ☐	Enfant ☐
Nom : Nom de naissance :				
Prénom (s) : Sexe : ☐ M ☐ F				
Date de naissance : Tél :				
Adresse complète :				
Résultats patients : ☐ A poster ☐ A garder au labo				
☐ Par Internet : identifiant transmis par SMS – tel portable(obligatoire) :				
☐ J'ai déjà un compte Signature pour accord Internet :				

<u>PRESCRIPTEUR :</u>
Nom du prescripteur + coordonnées si nécessaire :

RENSEIGNEMENTS :

Date du recueil : **Heure de recueil :**

Modalité de recueil : ☐ Miction milieu de jet ☐ Urinocol ☐ Penilex ☐ Sondage minute
☐ Sonde à demeure ☐ Stomie ☐ Dispositif endo-urinaire (ex : sonde JJ) : depuis le :

Contexte clinique : Grossesse en cours : ☐ **Oui** ☐ **Non**
☐ Suspicion d'infection ☐ Suspicion d' Infection Urinaire Associée aux Soins (IUAS)
Bilan avant geste / opération urologique : ☐ **Oui** ☐ **Non**

Traitement antibiotique en cours : ☐ **Oui** ☐ **Non** Lequel :
☐ Traitement antibiotique prévu après le recueil. Lequel :
☐ Contrôle après traitement antibiotique (arrêté depuis : ☐ + de 7 jours ☐ – de 7 jours)
☐ Notion de greffe / chimiothérapie ☐ Bilan d'assurance ☐ Antécédent d'infection

Avez-vous conservé votre flacon au réfrigérateur ? ☐ **Oui** ☐ **Non**

Signes cliniques : ☐ Fièvre >38°C ☐ Envie fréquente d'uriner
☐ Douleurs lombaires ☐ Brûlure à la miction ☐ Douleurs abdominales
☐ Autres : ☐ **Absence de symptômes**

PATIENT 100% - TIERS PAYANT:

N° de Sécurité Sociale :
Nom-Prénom de l'assuré :
Caisse principale : Mutuelle : Date fin de droit : ...