



Intérêt : cet examen permet de mettre en évidence une éventuelle infection par les germes *Chlamydia trachomatis* et/ou *Neisseria gonorrhoeae* et/ou *Trichomonas vaginalis*.

Matériel : **flacon stérile SANS poudre** (obligatoire).

Idéalement, le recueil est effectué sur **les premières urines du matin**.
S'il est réalisé à un autre moment, il est impératif de respecter **un délai de 1 heure sans uriner avant d'effectuer le recueil**.

Le recueil doit être réalisé **avant tout traitement** (sauf indications contraires du médecin).

PRECONISATIONS POUR LE PRELEVEMENT

1. Se laver soigneusement les mains au savon.
2. Dégager le méat lors du recueil, recueillir le **1^{er} jet des urines dans le flacon** fourni par le laboratoire. **Bien remplir le flacon** et terminer dans les toilettes.
3. Refermer le flacon et noter sur l'étiquette vos **nom, prénom, date de naissance ainsi que la date et l'heure du recueil**.
4. Introduire le flacon dans la pochette et la fermer (tirer sur la bande blanche)
5. **Remplir la fiche de renseignements au dos** puis la glisser dans la pochette avec l'ordonnance et le flacon.

Apportez votre recueil au laboratoire dans les 4 heures à température ambiante. (Conservation possible au réfrigérateur à +4°C pendant 20 heures).



Rédaction	Validation	Approbation	Page 1 sur 1
Nom : COURILLAUD Marina	Nom : BERTHOMET Clément date : 2022-09-06	Nom : GUILLOT Frédéric date : 2022-09-06	
Date d'application : 2022-09-07			



Intérêt : cet examen permet de mettre en évidence une éventuelle infection par les germes *Chlamydia trachomatis* et/ou *Neisseria gonorrhoeae* et/ou *Trichomonas vaginalis*.

Matériel : **flacon stérile SANS poudre** (obligatoire).

Idéalement, le recueil est effectué sur **les premières urines du matin**.

S'il est réalisé à un autre moment, il est impératif de respecter **un délai de 1 heure sans uriner avant d'effectuer le recueil**.

Le recueil doit être réalisé **avant tout traitement** (sauf indications contraires du médecin).

PRECONISATIONS POUR LE PRELEVEMENT

1. Se laver soigneusement les mains au savon.
2. Dégager le méat lors du recueil, recueillir le **1^{er} jet des urines dans le flacon** fourni par le laboratoire. **Bien remplir le flacon** et terminer dans les toilettes.
3. Refermer le flacon et noter sur l'étiquette vos **nom, prénom, date de naissance ainsi que la date et l'heure du recueil**.
4. Introduire le flacon dans la pochette et la fermer (tirer sur la bande blanche)
5. **Remplir la fiche de renseignements au dos** puis la glisser dans la pochette avec l'ordonnance et le flacon.

Apportez votre recueil au laboratoire dans les 4 heures à température ambiante. (Conservation possible au réfrigérateur à +4°C pendant 20 heures).



Rédaction	Validation	Approbation	Page 1 sur 1
Nom : COURILLAUD Marina	Nom : BERTHOMET Clément date : 2022-09-06	Nom : GUILLOT Frédéric date : 2022-09-06	
Date d'application : 2022-09-07			



Fiche d'instruction

**Recueil d'Urines pour Recherche de
Chlamydia, Gonocoques, Trichomonas**

Référence : C1-INS06

Version 10

LABM BIOSEVRES

 Site de Bressuire

tél. 05 49 65 03 05

48 Bd du Guédeau

79300 BRESSUIRE

 Site de Thouars

tél. 05 49 66 26 37

2 Bd Bergeon

79100 THOUARS

 Site de Thouars Porte de Paris

tél 05 49 66 17 07

38 rue Porte de Paris

79100 THOUARS

**Merci de compléter le questionnaire suivant et de joindre
OBLIGATOIREMENT votre ordonnance****PATIENT :** M. Mme Melle

Nom : Nom de naissance :

Prénom (s) :

Date de naissance : Sexe : M F

Adresse complète :

Tél :

Résultats patients : A poster A garder au labo Internet (avec accord signé)**PRESCRIPTEUR :**

Nom du prescripteur + coordonnées si nécessaire :

RENSEIGNEMENTS :

Date du recueil : Heure de recueil :

Avez-vous conservé votre flacon au réfrigérateur ? Oui NonPrenez-vous actuellement des antibiotiques ? Oui Non

Si oui, précisez :

Avez-vous déjà pris un traitement antibiotique en lien avec ce prélèvement ? Oui Non-> Si oui, depuis combien de temps l'avez-vous arrêté ? + de 7 jours - de 7 joursAvez-vous des symptômes ? Oui Non

Précisez :

PATIENT 100% - TIERS PAYANT :

N° de Sécurité Sociale :

Nom-Prénom de l'assuré :

Caisse principale : Mutuelle : Date fin de droit :

Décantation de l'urine dans le tube, réalisé par : à : h.....

Rédaction	Validation	Approbation	Page 1 sur 1
Nom : COURILLAUD Marina	Nom : BERTHOMET Clément date : 2022-09-06	Nom : GUILLOT Frédéric date : 2022-09-06	
Date d'application : 2022-09-07			



Fiche d'instruction

**Recueil d'Urines pour Recherche de
Chlamydia, Gonocoques, Trichomonas**

Référence : C1-INS06

Version 10

LABM BIOSEVRES

 Site de Bressuire

tél. 05 49 65 03 05

48 Bd du Guédeau

79300 BRESSUIRE

 Site de Thouars

tél. 05 49 66 26 37

2 Bd Bergeon

79100 THOUARS

 Site de Thouars Porte de Paris

tél 05 49 66 17 07

38 rue Porte de Paris

79100 THOUARS

**Merci de compléter le questionnaire suivant et de joindre
OBLIGATOIREMENT votre ordonnance****PATIENT :** M. Mme Melle

Nom : Nom de naissance :

Prénom (s) :

Date de naissance : Sexe : M F

Adresse complète :

..... Tél :

Résultats patients : A poster A garder au labo Internet (avec accord signé)**PRESCRIPTEUR :**

Nom du prescripteur + coordonnées si nécessaire :

.....

RENSEIGNEMENTS :

Date du recueil : Heure de recueil :

Avez-vous conservé votre flacon au réfrigérateur ? Oui NonPrenez-vous actuellement des antibiotiques ? Oui Non -

Si oui, précisez :

Avez-vous déjà pris un traitement antibiotique en lien avec ce prélèvement ?

 Oui Non-> Si oui, depuis combien de temps l'avez-vous arrêté ? + de 7 jours - de 7 joursAvez-vous des symptômes ? Oui Non

Précisez :

PATIENT 100% - TIERS PAYANT :

N° de Sécurité Sociale :

Nom-Prénom de l'assuré :

Caisse principale : Mutuelle : Date fin de droit :

Décantation de l'urine dans le tube, réalisé par : à : h.....

Rédaction	Validation	Approbation	Page 1 sur 1
Nom : COURILLAUD Marina	Nom : BERTHOMET Clément date : 2022-09-06	Nom : GUILLOT Frédéric date : 2022-09-06	
Date d'application : 2022-09-07			