

Intérêt : Cette analyse permet d’observer les cellules présentes dans les urines. Cet examen n’est pas réalisé au laboratoire, il est transmis à un laboratoire spécialisé.

Matériel : Un flacon et une lingette vous sont transmis par le laboratoire.

PRECONISATIONS POUR LE PRELEVEMENT

1. Au lever, vider complètement votre vessie dans les toilettes (ne pas recueillir les premières urines).
2. Faire un petit exercice (marche d’une 30aine de minutes, monter les escaliers, ...)
3. Faire une toilette intime avec la lingette disponible dans la pochette.
4. Uriner **un peu** dans les toilettes (éliminer le 1^{er} jet) et **finir dans le flacon** (le remplir au maximum)
5. Refermer le flacon et **noter sur l’étiquette vos nom, prénom, sexe et date de naissance ainsi que la date et l’heure du recueil.**
6. Introduire le flacon dans la pochette plastique et la fermer.
7. **Remplir le questionnaire au dos de cette fiche.**
8. **Joindre cette fiche et votre ordonnance dans la pochette.**

Apporter le flacon rapidement à température ambiante au laboratoire. Si vous n’apportez pas le flacon immédiatement, le conserver dans un endroit frais.

N.B. Si la demande est sur 3 jours, répéter cette préconisation 3 jours de suite (3 flacons différents). Vous devez nous apporter les échantillons au laboratoire après chaque recueil.

→
Page 1/4

Intérêt : Cette analyse permet d’observer les cellules présentes dans les urines. Cet examen n’est pas réalisé au laboratoire, il est transmis à un laboratoire spécialisé.

Matériel : Un flacon et une lingette vous sont transmis par le laboratoire.

PRECONISATIONS POUR LE PRELEVEMENT

1. Au lever, vider complètement votre vessie dans les toilettes (ne pas recueillir les premières urines).
2. Faire un petit exercice (marche d’une 30aine de minutes, monter les escaliers, ...)
3. Faire une toilette intime avec la lingette disponible dans la pochette.
4. Uriner **un peu** dans les toilettes (éliminer le 1^{er} jet) et **finir dans le flacon** (le remplir au maximum)
5. Refermer le flacon et **noter sur l’étiquette vos nom, prénom, sexe et date de naissance ainsi que la date et l’heure du recueil.**
6. Introduire le flacon dans la pochette plastique et la fermer.
7. **Remplir le questionnaire au dos de cette fiche.**
8. **Joindre cette fiche et votre ordonnance dans la pochette.**

Apporter le flacon rapidement à température ambiante au laboratoire. Si vous n’apportez pas le flacon immédiatement, le conserver dans un endroit frais.

N.B. Si la demande est sur 3 jours, répéter cette préconisation 3 jours de suite (3 flacons différents). Vous devez nous apporter les échantillons au laboratoire après chaque recueil.

→
Page 1/2

☐ **Site de Bressuire** ☐ **Site de Thouars** ☐ **Site de Thouars Porte de Paris**
tél. 05 49 65 03 05 tél. 05 49 66 26 37 tél 05 49 66 17 07
48 Bd du Guédeau 2 Bd Bergeon 38 rue Porte de Paris
79300 BRESSUIRE 79100 THOUARS 79100 THOUARS

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

PATIENT : ☐ M ☐ Mme ☐ Melle ☐ Enfant ☐

Nom : Nom de naissance :
Prénom (s) :
Date de naissance : Sexe : ☐ M ☐ F
Adresse complète :
..... Tél :
Résultats patients : ☐ A poster ☐ A garder au labo
☐ Par Internet : identifiants transmis par SMS – **Tél. portable (obligatoire) :**
☐ J'ai déjà un compte **Signature** pour accord Internet :
PRESCRIPTEUR :
Nom du prescripteur + coordonnées si nécessaire :
.....

RENSEIGNEMENTS :

Date du recueil : **Heure du recueil :**
Prenez-vous actuellement des antibiotiques ? ☐ Oui ☐ Non
Si oui, précisez
Avez-vous un déficit immunitaire (chimiothérapie, greffe ...) ? ☐ Oui ☐ Non
Circonstances de l'analyse :
.....
.....
.....

PATIENT 100% - TIERS PAYANT :

N° de Sécurité Sociale :
Nom-Prénom de l'assuré :
Caisse principale : Mutuelle : Date fin de droit :
Page 2/2 —→

☐ **Site de Bressuire** ☐ **Site de Thouars** ☐ **Site de Thouars Porte de Paris**
tél. 05 49 65 03 05 tél. 05 49 66 26 37 tél 05 49 66 17 07
48 Bd du Guédeau 2 Bd Bergeon 38 rue Porte de Paris
79300 BRESSUIRE 79100 THOUARS 79100 THOUARS

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

PATIENT : ☐ M ☐ Mme ☐ Melle ☐ Enfant ☐

Nom : Nom de naissance :
Prénom (s) :
Date de naissance : Sexe : ☐ M ☐ F
Adresse complète :
..... Tél :
Résultats patients : ☐ A poster ☐ A garder au labo
☐ Par Internet : identifiants transmis par SMS – **Tél. portable (obligatoire) :**
☐ J'ai déjà un compte **Signature** pour accord Internet :
PRESCRIPTEUR :
Nom du prescripteur + coordonnées si nécessaire :
.....

RENSEIGNEMENTS :

Date du recueil : **Heure du recueil :**
Prenez-vous actuellement des antibiotiques ? ☐ Oui ☐ Non
Si oui, précisez
Avez-vous un déficit immunitaire (chimiothérapie, greffe ...) ? ☐ Oui ☐ Non
Circonstances de l'analyse :
.....
.....
.....

PATIENT 100% - TIERS PAYANT :

N° de Sécurité Sociale :
Nom-Prénom de l'assuré :
Caisse principale : Mutuelle : Date fin de droit :
Page 2/2 —→