

Intérêt : cet examen consiste à mesurer le débit des hématies et des leucocytes passant dans les urines.

PRECONISATIONS POUR LE PRELEVEMENT

- **3 HEURES AVANT LE LEVER HABITUEL :**

1. Uriner pour vider la totalité de la vessie **dans les toilettes.**

2. **Boire un grand verre d'eau.**

3. Noter sur le flacon : **Nom, Prénom, la date et l'heure** (= heure de départ des 3 heures).

4. **Se recoucher et rester allongé au repos pendant 3 heures.**

- **3 HEURES APRES** (le plus exactement possible) :

5. Recueillir la totalité des urines dans le flacon.

6. Noter l'heure sur le flacon

NB : Dans l'intervalle des 3 heures, toutes les urines doivent être récupérées dans le flacon.

Le flacon doit ensuite être acheminé au laboratoire dans les **plus brefs délais.**

Il doit être accompagné de cette fiche complétée et de votre ordonnance.

L'étiquette collée sur le flacon rappelle ces préconisations.

Intérêt : cet examen consiste à mesurer le débit des hématies et des leucocytes passant dans les urines.

PRECONISATIONS POUR LE PRELEVEMENT

- **3 HEURES AVANT LE LEVER HABITUEL :**

1. Uriner pour vider la totalité de la vessie **dans les toilettes.**

2. **Boire un grand verre d'eau.**

3. Noter sur le flacon : **Nom, Prénom, la date et l'heure** (= heure de départ des 3 heures).

4. **Se recoucher et rester allongé au repos pendant 3 heures.**

- **3 HEURES APRES** (le plus exactement possible) :

5. Recueillir la totalité des urines dans le flacon.

6. Noter l'heure sur le flacon

NB : Dans l'intervalle des 3 heures, toutes les urines doivent être récupérées dans le flacon.

Le flacon doit ensuite être acheminé au laboratoire dans les **plus brefs délais.**

Il doit être accompagné de cette fiche complétée et de votre ordonnance.

L'étiquette collée sur le flacon rappelle ces préconisations.

☐ **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 Guéneau 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 de début du test : Heure de fin du recueil :	
Avez-vous conservé votre flacon au réfrigérateur ? ☐ Oui ☐ Non	
Prenez-vous actuellement un traitement en rapport avec ce test ?	
Circonstances de l'analyse :	

PATIENT 100% - TIERS PAYANT :	
N° de Sécurité Sociale :	
Nom-Prénom de l'assuré :	
Caisse principale :	Mutuelle : Date fin de droit :

☐ **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 Guéneau 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 de début du test : Heure de fin du recueil :	
Avez-vous conservé votre flacon au réfrigérateur ? ☐ Oui ☐ Non	
Prenez-vous actuellement un traitement en rapport avec ce test ?	
Circonstances de l'analyse :	

PATIENT 100% - TIERS PAYANT :	
N° de Sécurité Sociale :	
Nom-Prénom de l'assuré :	
Caisse principale :	Mutuelle : Date fin de droit :