

# FICHE DE PRELEVEMENT : RECUEIL D'URINES POUR ECBU

Laboratoires de Biologie Médicale

**A lire et à compléter IMPERATIVEMENT pour la prise en charge du dossier**

## 1. AVANT LE RECUEIL



- Se laver les mains.



- Faire une **toilette intime** avec de l'eau et du savon ou à l'aide de la lingette pour les prélèvements réalisés au laboratoire.

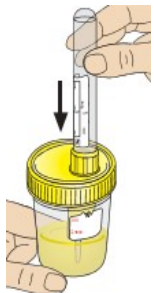
## 2. RECUEIL



- Ouvrir le flacon à bouchon jaune. Poser le couvercle avec la canule vers le haut sur une surface propre.
- Recueillir les urines « **au milieu du jet** » :
  - Uriner au début dans les toilettes.
  - Puis uriner directement la fin du jet dans le flacon stérile en prenant soin de ne pas toucher le bord supérieur du flacon.
  - Remplir le flacon au 3/4.
- Bien refermer le flacon.



## 3. APRES LE RECUEIL : Transfert dans le tube



- Soulever l'étiquette blanche.
- Insérer à fond le tube jusqu'à perforation du bouchon.
- Le maintenir enfoncé pendant au moins 10 secondes jusqu'à l'arrêt du remplissage.
- Retirer le tube puis le retourner lentement 8 à 10 fois.



**Identifier le tube + le flacon avec nom, prénom, date de naissance et Remplir la fiche de renseignement.**

## 4. ACHEMINEMENT

- Placer le tube + le flacon dans le sachet, puis la fiche et l'ordonnance dans la pochette extérieure du sachet.



Acheminer le recueil **à température ambiante dans les plus brefs délais** au laboratoire.

### FICHE DE RENSEIGNEMENTS - Cocher les cases vous concernant

**Date du recueil :** ..... **Heure du recueil :** ..... h.....

**Contexte clinique :** → Traitement antibiotique en cours  oui – Préciser lequel : .....  non  
 → Traitement antibiotique à débiter après le recueil  oui (10) – Préciser lequel : .....  non  
 → Grossesse  oui  non

#### Modalités de recueil :

#### Motif(s) de l'examen :

(1) <input type="checkbox"/> Milieu du jet après une toilette locale	(1) <input type="checkbox"/> Pas de symptôme urinaire
(3) <input type="checkbox"/> Poche pédiatrique – Enfant <12mois (à laisser en place au maximum 30 min)	(2) <input type="checkbox"/> Brûlures en urinant / Envie fréquente d'uriner
(4) <input type="checkbox"/> Poche urinaire adulte	(3) <input type="checkbox"/> Douleurs fosses lombaires
(5) <input type="checkbox"/> Sondage aller-retour	(4) <input type="checkbox"/> Fièvre supérieure à 38°C
(6) <input type="checkbox"/> Sondage à demeure	(5) <input type="checkbox"/> Contrôle après traitement antibiotique - Préciser lequel : .....
(6) <input type="checkbox"/> Urétérostomie	(6) <input type="checkbox"/> Bilan avant exploration ou chirurgie urologique
(7) <input type="checkbox"/> Autre : .....	(7) <input type="checkbox"/> Bilan avant chirurgie pour mise en place de matériel prothétique
	(8) <input type="checkbox"/> Bilan après chirurgie urologique
	(9) <input type="checkbox"/> Infiltration articulaire prévue

**Identité patient :** Nom : ..... Prénom : .....

Sexe :  Féminin -  Masculin Nom de naissance : ..... Date de naissance : .....

☎ : ..... Adresse : .....

**Pour vos résultats :**  Poste  A récupérer au Laboratoire : indiquer lequel  Etaples  Montreuil  Berck  Hesdin

Internet (tél portable obligatoire)  A récupérer à la Pharmacie indiquez laquelle : .....

**A remplir par le laboratoire :** Réception par :

Date et heure :

Conforme :

Dérogation :

Rejet :