

Le recueil est réalisé, de préférence, avant toute prise d'antibiotique
Seule la version électronique fait foi.
Chez les femmes présentant des pertes même minimales, la mise en place d'une protection vaginale est préférable.

CONSIGNES POUR LE RECUEIL

Quand ?

Idéalement, recueillir les 1^{ères} urines du matin ou en n'ayant pas uriné depuis **4 heures, si possible.**

Comment ?

- 1 - Faire un lavage hygiénique des mains et une **toilette intime soigneuse**, à l'aide de la lingette désinfectante remise par le laboratoire ou à l'aide d'un savon antiseptique.
- 2 - Ouvrir le flacon fourni en posant le couvercle, canule vers le haut. **Ne pas toucher la canule ni l'intérieur du flacon.**
- 3 - Commencer à uriner le 1^{er} jet d'urines dans les toilettes puis uriner dans le flacon.



Volume nécessaire = Plus de 10mL.

Bien refermer le flacon à fond pour éviter toute fuite.
Noter vos nom et prénom sur le flacon.

➤ Apporter le flacon au laboratoire, avec la fiche complétée, **dans l'heure suivant le recueil**. A défaut, le **conserver au réfrigérateur (maximum 8h)**.

Nom et Prénom :

Date de naissance :

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

Les urines ont-elles été mises au réfrigérateur ? Oui Non

MOTIF DE L'EXAMEN (à cocher)

SUSPICION D'INFECTION

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Urines fréquentes | <input type="checkbox"/> Sensation de brûlure en urinant |
| <input type="checkbox"/> Fièvre | <input type="checkbox"/> Douleurs au bas du dos |
| <input type="checkbox"/> Sonde à demeure | <input type="checkbox"/> Sondage aller-retour |

Examen avant exploration fonctionnelle urinaire

Contrôle après traitement

Motif inconnu

AUTRE

(Préciser) :

.....

.....

AUTRES RENSEIGNEMENTS (à cocher)

Etes-vous concerné(e) par les situations suivantes ?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Grossesse | <input type="checkbox"/> Menstruations | <input type="checkbox"/> Chimiothérapie |
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Immunodépression | <input type="checkbox"/> Greffe / insuffisance rénale |
| <input type="checkbox"/> Hospitalisation récente (moins d'1 mois) | | |

Traitement antibiotique pour votre problème urinaire ?

- Aucun Prévu (pas commencé) Commencé Terminé

Nom de l'antibiotique :

Date d'arrêt (si contrôle après traitement) :

Le recueil est réalisé, de préférence, avant toute prise d'antibiotique
Seule la version électronique fait foi.
Chez les femmes présentant des pertes même minimales, la mise en place d'une protection vaginale est préférable.

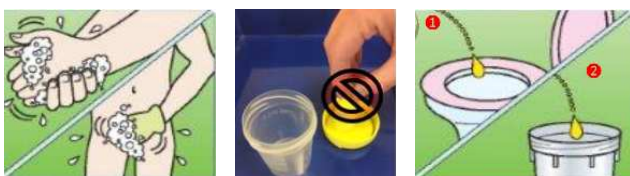
CONSIGNES POUR LE RECUEIL

Quand ?

Idéalement, recueillir les 1^{ères} urines du matin ou en n'ayant pas uriné depuis **4 heures, si possible.**

Comment ?

- 1 - Faire un lavage hygiénique des mains et une **toilette intime soigneuse**, à l'aide de la lingette désinfectante remise par le laboratoire ou à l'aide d'un savon antiseptique.
- 2 - Ouvrir le flacon fourni en posant le couvercle, canule vers le haut. **Ne pas toucher la canule ni l'intérieur du flacon.**
- 3 - Commencer à uriner le 1^{er} jet d'urines dans les toilettes puis uriner dans le flacon.



Volume nécessaire = Plus de 10mL.

Bien refermer le flacon à fond pour éviter toute fuite.
Noter vos nom et prénom sur le flacon.

➤ Apporter le flacon au laboratoire, avec la fiche complétée, **dans l'heure suivant le recueil**. A défaut, le **conserver au réfrigérateur (maximum 8h)**.

Nom et Prénom :

Date de naissance :

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

Les urines ont-elles été mises au réfrigérateur ? Oui Non

MOTIF DE L'EXAMEN (à cocher)

SUSPICION D'INFECTION

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Urines fréquentes | <input type="checkbox"/> Sensation de brûlure en urinant |
| <input type="checkbox"/> Fièvre | <input type="checkbox"/> Douleurs au bas du dos |
| <input type="checkbox"/> Sonde à demeure | <input type="checkbox"/> Sondage aller-retour |

Examen avant exploration fonctionnelle urinaire

Contrôle après traitement

Motif inconnu

AUTRE

(Préciser) :

.....

.....

AUTRES RENSEIGNEMENTS (à cocher)

Etes-vous concerné(e) par les situations suivantes ?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Grossesse | <input type="checkbox"/> Menstruations | <input type="checkbox"/> Chimiothérapie |
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Immunodépression | <input type="checkbox"/> Greffe / insuffisance rénale |
| <input type="checkbox"/> Hospitalisation récente (moins d'1 mois) | | |

Traitement antibiotique pour votre problème urinaire ?

- Aucun Prévu (pas commencé) Commencé Terminé

Nom de l'antibiotique :

Date d'arrêt (si contrôle après traitement) :