

## RECUEIL DES URINES POUR UN EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE

- Faire une toilette soignée du méat urinaire avec de l'eau et du savon ou de la solution de DAKIN.
- N'ouvrir le flacon qu'au dernier moment, ne pas toucher l'intérieur ni les bords, car celui-ci est stérilisé.
- Uriner si possible un premier jet dans les WC, puis la suite directement dans le flacon.
- Le refermer aussitôt et l'apporter au Laboratoire dans l'heure 1/2 qui suit, sans l'exposer à la chaleur.
- Si le délai est supérieur à 1 heure 1/2, le conserver au réfrigérateur au maximum 23 heures.
- Un examen cyto bactériologique complet demande 48 h.
- Remplir complètement cette fiche.

Votre nom est-il  
bien inscrit sur  
le flacon ?

A compléter par le patient (ou étiquette)	
Nom : ..... Prénom : ..... Sexe : H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Date de naissance : ...../...../..... Date des dernières règles : ...../...../.....	
Téléphone : .....	
<b>Date de recueil</b> : ...../...../.....	<b>Heure du recueil</b> : <input type="text"/>
<b>Prélèvement</b> : fait au laboratoire <input type="checkbox"/> apporté <input type="checkbox"/> <b>conservé au réfrigérateur</b> : NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	
<b>Mode de recueil</b> : Urines de mi-jet <input type="checkbox"/> Sonde à demeure <input type="checkbox"/> Sur collecteur <input type="checkbox"/> Par sondage <input type="checkbox"/>	
<b>Renseignements cliniques</b> :	
<input type="checkbox"/> Symptômes d'infection urinaire : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Si OUI, lesquels (entourer) : brûlure ou douleur en urinant / mictions répétées / fièvre / difficulté à uriner / douleurs lombaires (bas du dos)	
<input type="checkbox"/> contrôle après intervention/suivi néphrologie	
<input type="checkbox"/> ECBU pré-opératoire =>	Date de l'intervention : ...../...../.....
<input type="checkbox"/> Contrôle après antibiotique =>	Date de fin de traitement : ...../...../..... Nom de l'antibiotique : .....
<input type="checkbox"/> Antibiotique en cours	Nom de l'antibiotique : .....
<input type="checkbox"/> Antibiotique prévu	Nom de l'antibiotique : .....
<input type="checkbox"/> Grossesse	
<input type="checkbox"/> Patient(e) immunodéprimé(e), greffé(e), sous chimiothérapie	

Heure de réception au secrétariat	Conformité du prélèvement <input type="checkbox"/>
--------------------------------------	--

Réceptif à fournir :  
flacon à urines stérile, si  
possible pré-identifié