

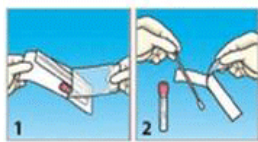


A réaliser si possible avant de commencer un traitement antibiotique

Intérêt : L'examen d'un prélèvement urétral chez l'homme permet de diagnostiquer une infection génitale.

Préconisations pour le prélèvement urétral:

- Le prélèvement doit être réalisé le matin avant toute toilette ou au moins 2 h après la dernière miction.
- Toujours réaliser le prélèvement avant le recueil d'urines.
- Se laver les mains.
- Ouvrir partiellement le sachet contenant l'écouvillon. Tenir l'écouvillon par la tige.
- Introduire l'écouvillon au niveau du méat urétral sur 2cm. Effectuer une très légère rotation pour recueillir les sécrétions et des cellules épithéliales.
- Sortir l'écouvillon de l'urètre.
- En tenant toujours l'écouvillon, enlever le bouchon du tube. Le placer immédiatement dans le tube, casser précautionneusement la tige au niveau du tube en la pressant contre le bord du tube et jeter la partie supérieure
- Laisser l'écouvillon dans le tube et revisser le bouchon sur le tube.



- Identifier le tube avec nom - prénom et noter la date et l'heure du prélèvement.
- Mettre le tube dans le sachet de transport et insérer la prescription et fiche de renseignements complétée dans la poche extérieure du sachet.

Préconisations pour le recueil d'urines:

- Uriner uniquement le 1^{er} jet (entre 5 et 10 ml) dans le flacon stérile.
- Fermer ce flacon en vissant à FOND.
- Identifier le flacon avec nom - prénom si cela n'a pas été fait par le laboratoire et noter la date et l'heure du recueil.
- Mettre le pot dans le sachet de transport.

Attention : Tout flacon ne portant pas les informations demandées pourra être refusé

Le flacon doit être acheminé au laboratoire dans les **plus brefs délais**. Il peut être conservé à température ambiante pendant 24 heures.

Délais de rendu des résultats :

Le délai moyen est estimé à 48h mais peut varier dans certains cas.

IDENTIFICATION DU PATIENT

☐ Mme ☐ Mr ☐ Enfant

Nom **USUEL**

Nom de NAISSANCE (OBLIGATOIRE) / /

Prénom Sexe : ☐ M ☐ F

Adresse

Code postal : Ville : Tél. :
Port. :

Mail :@.....

N° Sécu :

Caisse : Mutuelle :

Identité **PRELEVEUR** : Date et Heure : à h.....

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Clinique :

☐ Contrôle après Traitement

☐ Suspicion d'infection, avez-vous des

☐ Démangeaisons ☐ Pertes inhabituelles ou malodorantes

☐ Brûlures génitales ou urinaires ☐ Douleurs abdominales

☐ Douleurs lors des rapports ☐ autre :

Sélectionner le laboratoire

PALISSY - La Chapelle Tél : 03 25 43 35 43	1^{er} RAM - TROYES Tél : 03 25 43 47 20	1^{er} MAI - TROYES Tél : 03 25 46 22 44	HERRIOT - TROYES Tél : 03.25.72.30.20
PARVIS TROYES Tél : 03.25.74.99.25	PASTEUR -TROYES Tél : 03.25.43.47.10.	BAR/Seine Tél : 03 25 29 96 60	BAR/Aube Tél : 03 25 92 39 80
PROVINS - Val Tél : 01 64 00 07 08	ROMILLY Tél : 03 25 24 04 12	NOGENT Tél : 03 25 39 02 98	TONNERRE Tél : 03.86.55.02.67
St FLORENTIN Tél : 03 86 35 27 41	MIGENNES Tél : 03.86.80.09.41	VILLENEUVE/Y Tél : 03.86.87.21.40	CHAUMONT Tél 03.25.32.90.90