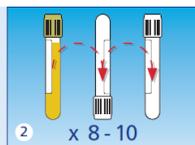


		Recueil d'urines		
		1-Chimie urinaire <i>Sans additif</i>	2- ECBU Examen CytoBactériologique des Urines C&S Boric Acid	
	Rechercher dans les urines l'albumine, le glucose ou la micro-albumine		Diagnostiquer les infections urinaires et le germe en cause	
	Recueil des urines du matin à jeun pour la glycosurie		A réaliser si possible avant de commencer un traitement antibiotique et au moins 4h après la miction précédente	
Absorbant liquide (ne pas toucher)				

Préconisations pour le recueil :

- Se laver les mains.
- Faire une **toilette intime soignée** à l'aide de la lingette antiseptique fournie ou à l'aide d'un savon antiseptique.
- Dévisser le flacon stérile sans toucher la canule ni l'intérieur du flacon.
- Commencer à uriner dans les toilettes puis recueillir les urines **du milieu de jet dans le flacon**.
- Revisser le bouchon et veiller à l'étanchéité du flacon.
- Soulever l'opercule (ne pas la jeter) puis insérer le tube dans l'orifice et le percuter. Le maintenir en position jusqu'à ce que le remplissage s'arrête (figure 1)
- Homogénéiser le tube par 8 à 10 retournements (figure 2).
- Replacer l'étiquette autocollante blanche sur l'orifice du couvercle (figure 3)
- **Identification : Tubes et flacon noter : Nom / Prénom / Date de naissance**
- Remplir les coordonnées et compléter le questionnaire joint au dos.
- Noter la **date et l'heure de prélèvement**.
- Transmettre les échantillons au laboratoire, à **température ambiante**, dans les meilleurs délais.



Délais de rendu des résultats :

Le délai moyen est estimé à 48h mais peut varier dans certains cas. Toutefois, une orientation du résultat peut être rendue à 24h (cytologie urinaire).



Réservé au laboratoire (Scan ordo)
à compléter ou coller étiquette d'identification

IDENTIFICATION DU PATIENT	<input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mr <input type="checkbox"/> Enfant		Date de naissance :		
	Nom USUEL		<input type="text" value="..... / /"/>		
	Nom de NAISSANCE (OBLIGATOIRE)				
	Prénom		Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
	Adresse		Tél :		
	Code postal : Ville :		Port. :		
	Mail :@.....				
	N° Sécu :				
	Caisse :		Mutuelle :		
	RENSEIGNEMENTS CLINIQUES	PLV Identité PRELEVEUR :		Date et Heure :/...../..... àh.....	
Renseignements cliniques (cocher Oui ou Non)			Oui	Non	
Pour les femmes : êtes-vous enceinte ?					
Avez-vous du diabète ?					
Allez-vous être opéré(e) prochainement (<1 mois ?)					
Êtes-vous greffé(e) ou sous chimiothérapie ?					
Avez-vous subi une chirurgie des voies urinaires ?					
Avez-vous de la fièvre ?					
Avez-vous mal au dos ou au ventre ?					
Avez-vous une sensation de brûlure en urinant ?					
Portez-vous une sonde à demeure ?					
Avez-vous commencé un traitement antibiotique ?					
S'agit-il d'un examen de contrôle après prise d'antibiotique ?					
Préciser l'antibiotique :					
(si oui, date de fin de traitement :					

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