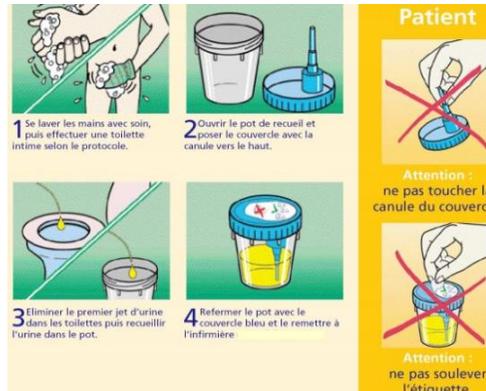


Recueil d'urines	
 <p><b>ECBU.</b> Examen CytoBactériologique des Urines C&amp;S Boric Acid</p> <p>A réaliser si possible avant de commencer un traitement antibiotique Reconnaître les infections urinaires et de déterminer le germe en cause</p>	 <p><b>Chimie urinaire</b> Sans additif</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Biochimie urinaire (microalbuminurie, protéinurie, glycosurie,...)</li> </ul>

**Préconisations pour le prélèvement :**

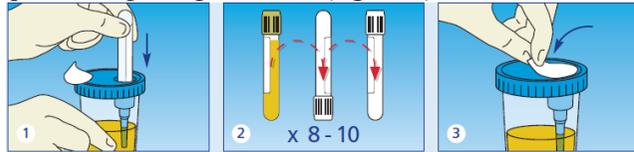
**Dans un premier temps**

- Attendre si possible au moins 4 heures après la miction précédente.
- Se laver les mains.
- Faire une toilette soignée à l'aide d'une lingette antiseptique ou à l'aide d'un savon antiseptique.
- Eliminer le premier jet dans les toilettes.
- Uriner ensuite dans le flacon stérile fourni par le laboratoire.



**Dans un second temps :**

- Soulever l'étiquette (ne pas la jeter), insérer le tube dans l'orifice et le percuter. Le maintenir en position jusqu'à ce que le remplissage s'arrête (figure 1)
- Attendre le remplissage complet du tube et homogénéiser par 8 à 10 retournements. Veiller à remplir le tube jusqu'au repère de remplissage minimum indiqué sur l'étiquette (figure 2)
- Replacer l'étiquette autocollante blanche sur l'orifice du couvercle.
- **Identification : identifier les tubes et flacon : nom / prénom / DdN**
- **Remplir vos 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 (figure 3).



**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

Joindre l'ordonnance du médecin

IDENTIFICATION DU PATIENT	<input type="checkbox"/> Me <input type="checkbox"/> Mr <input type="checkbox"/> Enfant		Date de naissance :	
	Nom <b>USUEL</b> .....		..... / ..... / .....	
	Nom de <b>NAISSANCE</b> (OBLIGATOIRE) .....			
	Prénom .....		Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
PLV	Adresse .....		Code postal : .....	
	Ville : .....		Tél : .....	
	Mail : .....@.....		Port : .....	
RENSEIGNEMENTS CLINIQUES	N° Sécu : .....		Mutuelle : .....	
	Caisse : .....		Date et Heure : ..... à ..... h.....	
	Identité <b>PRELEVEUR</b> :			
	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 ?)			
	Etes-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		<b>PALISSY</b> - La Chapelle Tel : 03 25 43 35 43	<b>1<sup>er</sup> RAM</b> - TROYES Tel : 03 25 43 47 20	<b>1<sup>er</sup> MAI</b> -TROYES Tel : 03 25 46 22 44
		<b>PASTEUR</b> -TROYES Tel : 03.25.43.47.10	<b>PARVIS</b> TROYES Tel : 03.25.74.99.25.	<b>HERRIOT</b> - TROYES Tel : 03.25.72.30.20
		<b>BAR/Seine</b> Tel : 03 25 29 96 60	<b>BAR/Aube</b> Tel : 03 25 92 39 80	<b>ROMILLY</b> Tel : 03 25 24 04 12
		<b>TONNERRE</b> Tel : 03.86.55.02.67	<b>St FLORENTIN</b> Tel : 03 86 35 27 41	<b>MIGENNES</b> Tel : 03.86.80.09.41
				<b>PROVINS - Val</b> Tel : 01 64 00 07 08
				<b>NOGENT</b> Tel : 03 25 39 02 98
				<b>VILLENEUVE/Y</b> Tel : 03.86.87.21.40