

Ne pas laisser à la portée des enfants. Merci de respecter strictement les consignes ci-dessous.

Le recueil s'effectue avant toute prise d'antibiotiques et si possible sans avoir uriné au cours des 4 heures précédant le recueil.



Se laver les mains avec du savon. Faire une toilette intime à l'aide de la lingette désinfectante fournie. **Pour les femmes, écarter les grandes lèvres. Pour les hommes, décaloter le gland.**



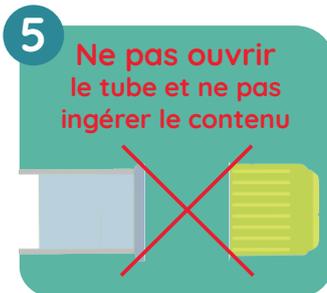
Ouvrir le pot de recueil et poser le couvercle, **canule vers le haut**. **ATTENTION à ne pas se piquer avec la canule.**



Uriner le premier jet dans les toilettes, puis uriner dans le pot **sans dépasser le niveau Max**. Bien refermer le pot.



**Immédiatement après le recueil (sans dépasser les 2h)** : préparer le tube fourni comme indiqué ci-dessous. Si cela n'est pas possible (ex : tube non fourni), passer directement à l'étape 9. Agiter délicatement le pot (pour homogénéiser les urines) puis soulever l'étiquette en faisant attention à ne pas se piquer. **ATTENTION : ne pas mettre le doigt dans l'orifice contenant l'aiguille.**



**ATTENTION** : Ne pas ouvrir le tube.



Planter le tube, **bouchon vers le bas** dans l'orifice du pot, et appuyer : **l'urine est aspirée dans le tube.**



**Attendre la fin du remplissage** (au moins 10 secondes) pour retirer le tube.



Retourner le tube **8 à 10 fois**.



Noter les **nom, prénom, date de naissance** sur le tube et le pot.



Transmettre **dans le sachet le pot et le tube (si préparé) rapidement** au laboratoire, en respectant les délais ci-dessus.

**CONSERVATION MAX :**

- Si tube préparé : 12H à température ambiante.
- Si tube non préparé : 12H au réfrigérateur ou 2H à température ambiante.

## PATIENT

Nom : .....  
 Nom de naissance : .....  
 Sexe :  Masculin  Féminin  
 Prénom : .....  
 Date de naissance : ...../...../.....  
 Adresse : .....  
 .....  
 Email : .....  
 N° de téléphone : .....

## PRÉLÈVEMENT (À remplir par le patient ou l'IDE)

Date : ...../...../..... Heure : .....h.....  
 Pot d'urines conservé :  au réfrigérateur  
 à température ambiante

Si transfert vers tube boraté différé par rapport au recueil :

Date : ...../...../..... Heure : .....h.....

## TRANSMISSION DES RÉSULTATS

- Serveur de résultat (merci de noter l'Email)  
 Mail (merci de noter l'Email)  
 Retrait au laboratoire  
 Retrait à la pharmacie  
 Courrier  
 Copie au médecin traitant  
 Nom du médecin : .....

## TIERS PAYANT

N° SS : .....  
 Caisse : .....  
 Mutuelle : .....  
**Si le patient n'est pas l'assuré :**  
 Nom / prénom de l'assuré : .....  
 Date de naissance : ..... / ..... / .....

## RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

### MODE DE RECUEIL DES URINES

- Milieu de jet  
 Sonde à demeure  
 Sondage aller-retour / minute  
 Réalisé par : .....  
 Autre : .....

### TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE

- Aucun  Prescrit mais pas commencé  
 Déjà en cours  Contrôle après traitement  
 Nom de l'antibiotique : .....  
 Date de début de prise si commencé : ...../...../.....  
 Durée du traitement : ..... jours

### COCHEZ LES CASES QUI VOUS CONCERNENT

- Absence de fièvre et de signes cliniques urinaires  
 Fièvre  
 Signes d'infections urinaires :  
 Douleurs ou brûlures en urinant  
 Envie d'uriner fréquente ou incontrôlée  
 Douleurs lombaires

#### Contexte de la prescription :

- Grossesse Date des dernières règles : ...../...../.....  
 Bilan préopératoire urologique  
 ou exploration uro dynamique  
 Bilan préopératoire non urologique  
 Calcul urinaire / sonde JJ en place  
 Pathologie de l'appareil urinaire (malformations...) :  
 .....  
 Immunodépression / Greffe  
 Autre

## CONTRÔLE PAR LE LABORATOIRE (FACULTATIF)

Date de réception : ...../...../..... Heure : .....h.....

- Flacon transmis ?  Oui  Non  
 Tube boraté transmis ?  Oui  Non  
 Délai conforme ?  Oui  Non

Par : .....

Si tube boraté préparé par le laboratoire, à réception des urines :  
 Date d'aliquotage : ...../...../..... Heure : .....h.....  
 Opérateur : .....