EXAMEN CYTO-BACTERIOLOGIQUE DES URINES :
MODALITES DE RECUEIL
ET RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ASSOCIES

Ref : DE-MU-TOUS-092-02
Version : 02

CONDITIONS DE RECUEIL :

Il est important de respecter les recommandations suivantes afin d'obtenir un recueil de qualité.

- Examen à réaliser de préférence sur urines du matin ou au minimum 2h30 après la dernière miction.
- Lavage des mains puis faire une toilette intime rigoureuse (serviette antiseptique à usage unique ou savon)
- Ouvrir le flacon stérile en prenant soin d'éviter de toucher l'intérieur du flacon / du bouchon
- **NE PAS DECOLLER l'étiquette blanche située sur le couvercle.**
- Uriner le premier jet (quelques ml) dans les toilettes puis recueillir le milieu de jet dans le flacon :
  - o Madame, Mademoiselle : uriner en maintenant toujours les lèvres écartées
  - o Monsieur : uriner en maintenant toujours le gland décalotté
- Refermer hermétiquement le flacon en évitant toujours d'en toucher le bord ou l'intérieur
- En cas d'impossibilité de transport rapide, le pot doit être conservé au réfrigérateur au maximum 3h.

IDENTIFICATION DU RECUEIL

Nom : . . . . . Prénom : . . . . . Date de Naissance : . . . . . .

Date : . . . . . .

MODE DE RECUEIL : IMPERATIF

- ❑ Urines de 2eme jet
- ❑ Sondage vésical à demeure
- ❑ Collecteur (poche, penilex)
- ❑ Sondage vésical intermittent

URINES EMISES AU LABORATOIRE

- ❑ Oui
- ❑ Non Heure de recueil : ……..

URINES CONSERVEES AU REFRIGERATEUR

- ❑ Oui
- ❑ Non durée : ……..…

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

- ❑ Envies fréquentes / pressantes d'uriner
- ❑ Sang dans les urines (couleur rouge)
- ❑ Douleur (abdominale, dorsale, lombaire)
- ❑ Brûlures ou douleurs en urinant
- ❑ Fièvre

CONTEXTE DE PRESCRIPTION

- ❑ Signes cliniques d'infection urinaire
- ❑ Contrôle après traitement antibiotique
- ❑ Bilan avant intervention chirurgicale
- ❑ Chirurgie récente sur l'appareil urinaire
- ❑ Malformation connue de l'appareil urinaire
- ❑ Suivi de greffe rénale
- ❑ Grossesse
- ❑ Diabète
- ❑ Chimiothérapie en cours
- ❑ Maladie chronique

TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE EN COURS / < 1 mois

- ❑ Oui
- ❑ Non

- Nom de l'antibiotique : . . . . . .
- Durée de traitement ou date d'arrêt du traitement : . . . . . .

EXAMEN CYTO-BACTERIOLOGIQUE DES URINES :
MODALITES DE RECUEIL
ET RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ASSOCIES

Ref : DE-MU-TOUS-092-02
Version : 02

CONDITIONS DE RECUEIL :

Il est important de respecter les recommandations suivantes afin d'obtenir un recueil de qualité.

- Examen à réaliser de préférence sur urines du matin ou au minimum 2h30 après la dernière miction.
- Lavage des mains puis faire une toilette intime rigoureuse (serviette antiseptique à usage unique ou savon)
- Ouvrir le flacon stérile en prenant soin d'éviter de toucher l'intérieur du flacon / du bouchon
- **NE PAS DECOLLER l'étiquette blanche située sur le couvercle.**
- Uriner le premier jet (quelques ml) dans les toilettes puis recueillir le milieu de jet dans le flacon :
  - o Madame, Mademoiselle : uriner en maintenant toujours les lèvres écartées
  - o Monsieur : uriner en maintenant toujours le gland décalotté
- Refermer hermétiquement le flacon en évitant toujours d'en toucher le bord ou l'intérieur
- En cas d'impossibilité de transport rapide, le pot doit être conservé au réfrigérateur au maximum 3h.

IDENTIFICATION DU RECUEIL

Nom : . . . . . Prénom : . . . . . Date de Naissance : . . . . . .

Date : . . . . . .

MODE DE RECUEIL : IMPERATIF

- ❑ Urines de 2eme jet
- ❑ Sondage vésical à demeure
- ❑ Collecteur (poche, penilex)
- ❑ Sondage vésical intermittent

URINES EMISES AU LABORATOIRE

- ❑ Oui
- ❑ Non Heure de recueil : ……..

URINES CONSERVEES AU REFRIGERATEUR

- ❑ Oui
- ❑ Non durée : ……..…

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

- ❑ Envies fréquentes / pressantes d'uriner
- ❑ Sang dans les urines (couleur rouge)
- ❑ Douleur (abdominale, dorsale, lombaire)
- ❑ Brûlures ou douleurs en urinant
- ❑ Fièvre

CONTEXTE DE PRESCRIPTION

- ❑ Signes cliniques d'infection urinaire
- ❑ Contrôle après traitement antibiotique
- ❑ Bilan avant intervention chirurgicale
- ❑ Chirurgie récente sur l'appareil urinaire
- ❑ Malformation connue de l'appareil urinaire
- ❑ Suivi de greffe rénale
- ❑ Grossesse
- ❑ Diabète
- ❑ Chimiothérapie en cours
- ❑ Maladie chronique

TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE EN COURS / < 1 mois

- ❑ Oui
- ❑ Non

- Nom de l'antibiotique : . . . . . .
- Durée de traitement ou date d'arrêt du traitement : . . . . . .

Laboratoire BIOSMOSE idf *La version électronique fait foi* **Page 1 / 1**