

LABORATOIRE de BIOLOGIE MEDICALE DE LA BIBLIOTHEQUE

58 rue du Chevaleret

75013 PARIS

Tel : 01 44 24 40 40

Fax: 01 44 24 40 41

www.labodelabibliotheque.fr



Horaires d'ouverture

Lundi au vendredi de 7h à 18h

Samedi de 8h à 12h30

 Bibliothèque François Mitterrand

RECUEIL D'URINES POUR E.C.B.U. Examen Cyto-Bactériologique des Urines

NOM.....PRENOM.....date de naissance :.....

Conditions de prélèvement :

- Avoir si possible une rétention urinaire de 2 heures (ne pas uriner 2 heures avant le prélèvement)
- effectuer un nettoyage intime avant le prélèvement (région vulvaire pour les femmes / gland et prépuce pour les hommes)
- Eliminer le premier jet d'urine dans les toilettes
- Uriner ensuite dans le flacon stérile fourni et le refermer soigneusement (ne pas toucher les bords du flacon)
- Vous disposez de 2 heures pour amener votre prélèvement au laboratoire
- En cas de difficulté vous pouvez conserver vos urines au réfrigérateur, dans ce cas vous disposez de 4 heures pour les amener au laboratoire

Si recueil sur Urinocol ou poche Bébé :

- effectuer un nettoyage intime avant le prélèvement
- Appliquer le sac collecteur en massant pour garantir une bonne adhérence
- Ne pas dépasser 30 minutes de pose du sac collecteur
- Après le prélèvement, fermer hermétiquement la poche, et la mettre dans le flacon prévu à cet effet
- Apporter la poche le plus rapidement possible au laboratoire
- En cas d'impossibilité, il est possible de conserver le prélèvement quelques heures au réfrigérateur

Questionnaire :

Avez-vous bien respecté les conditions de recueil (toilette, élimination du premier jet)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
A quelle heure avez-vous émis les urines	
Où ont-elles été conservées (frigos ? température ambiante ?)	
Avez-vous des symptômes (douleurs ventre, brûlure, envie d'uriner fréquente, fièvre) :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Est-ce un contrôle après traitement	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Etes vous enceinte ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Etes vous sujet aux infections urinaires à répétition ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
avez-vous pris des antibiotiques il y a moins de 4 jours :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui, quel est le nom de ce médicament ?	