

LABORATOIRE BIOMEDIVAL	
429 Av. S. Allende 84500 BOLLENE Tel 04 90 30 10 44	120 Av. Jean Jaurès 26200 MONTEILIMAR Tel 04 75 00 22 00

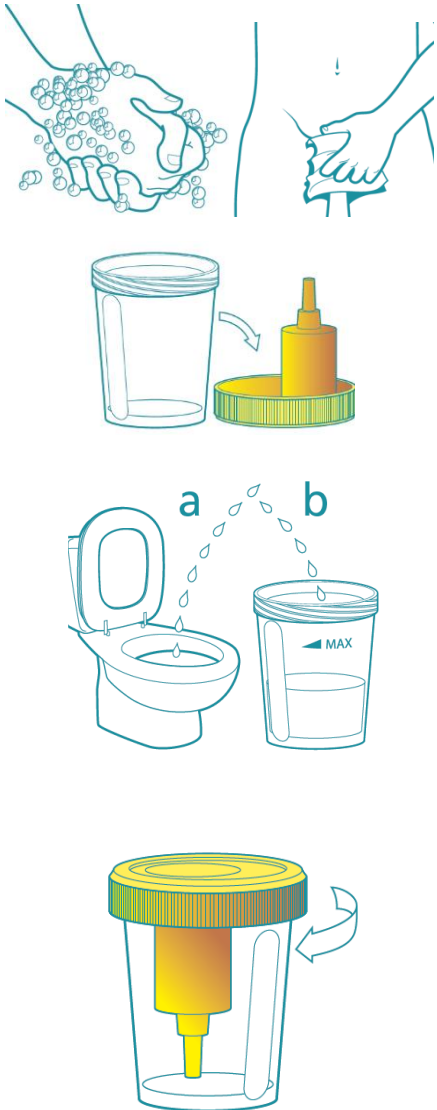
Questionnaire
à remplir

Recueil d'urines pour ECBU
(Recherche d'infection urinaire)

Pourquoi faire un ECBU ? Cet examen permet de diagnostiquer une infection urinaire et d'identifier l'agent infectieux en cause.

Quand recueillir les urines ? Si possible avant tout traitement antibiotique et de préférence 4H après la dernière miction.
Pour contrôle après traitement : les premières urines du matin de préférence 48H après l'arrêt de l'antibiotique.

Comment recueillir les urines ? Utiliser le FLACON STERILE fourni et respecter les règles suivantes :



Se laver soigneusement les mains.
Procéder à votre toilette intime : se nettoyer soigneusement à l'aide de la lingette antiseptique fournie par notre laboratoire.

Déboucher le flacon, poser le bouchon à l'envers sur une surface propre, **ne pas toucher l'intérieur du flacon ou du bouchon.**

a. Commencer à **uriner le 1er** jet dans les toilettes.
b. Puis **uriner le 2^{ème} jet** dans le flacon sans dépasser le niveau « MAX ».
Volume minimum 10 ml.

Revisser le bouchon à fond.
Identifier le flacon avec le **NOM** et **PRENOM**, **DATE DE NAISSANCE** et y noter la **DATE** et l'**HEURE** du RECUEIL.

Remplir le questionnaire
Glisser le questionnaire rempli dans la pochette **extérieure** du sachet avec l'ordonnance.
Refermer le sachet à l'aide du zip.

Apporter immédiatement le flacon ET la fiche au laboratoire, maximum 2 H après le recueil à température ambiante 15-25°C
(Sinon conserver le flacon au réfrigérateur 4°C et l'apporter dans les 12h)

LABORATOIRE BIOMEDIVAL

**429 Av. S. Allende
84500 BOLLENE
Tel 04 90 30 10 44**

**120 Av. Jean Jaurès
26200 MONTELIMAR
Tel 04 75 00 22 00**

INFORMATIONS CONCERNANT LE PATIENT

Etiquette patient

Nom usuel : **Date de Naissance :** / /

Nom de naissance : **N°SS :**

Prénom : **Caisse :**

Adresse : **Mutuelle :**

.....

CP : **Ville :**

Téléphone :

Date : / /

Heure du recueilh.....

- Conservation au réfrigérateur ? Oui Non

- Vous avez des signes cliniques :

 Brulures quand vous urinez Oui Non

 Besoins fréquents d'uriner Oui Non

 Douleur / pesanteur dans le bas ventre Oui Non

 Fièvre et douleurs lombaires Oui Non

 Grossesse pour les femmes Oui Non

- Il s'agit d'un contrôle après traitement d'une infection urinaire : Oui Non

- Vous avez eu une intervention chirurgicale : Oui Non

Si oui, Date...../...../.....

- Vous allez subir une intervention chirurgicale : Oui Non

Si oui, Date...../...../.....

- Vous êtes actuellement sous antibiotiques Oui Non

- Vous avez pris récemment un antibiotique Oui Non

Si oui, quel est le nom de l'antibiotique

Depuis combien de temps avez-vous cessé de le prendre

- Vous êtes porteur d'une sonde à demeure ? Oui Non

Transmission Echantillon transmis par :

Patient IDE / Médecin Pharmacie :

Quelle est la durée de l'analyse En cas d'infection bactérienne, en règle générale le germe responsable de l'infection et le traitement adapté sont connus au bout de 48 à 72 heures.

Réception

CADRE RESERVE AU LABORATOIRE BIOMEDIVAL

Heure de réception :h.....

Perçuté par IDE : Oui Non ; *si non, perçuté au laboratoire.....h.....par.....*

Conformité : par : Oui Non NC n°.....