

Fiche de renseignements cliniques ECBU/ CULOT			
Nom		Prénom	
Date de Naissance		Nom de Naissance	
Date du recueil		Heure de Recueil	
<input type="checkbox"/> Urines apportées au laboratoire APL	<input type="checkbox"/> Urines émises au laboratoire ELA	<input type="checkbox"/> Sondage urinaire SON OUI NON	
<input type="checkbox"/> Avez-vous commencé un traitement antibiotique ? Si OUI lequel : NON <input type="checkbox"/>			ATB
<input type="checkbox"/> Est-ce une suspicion d'infection urinaire (fièvre ou douleurs mictionnelles) ? OUI <input type="checkbox"/>			INF NON <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Bilan systématique OUI <input type="checkbox"/>			SYS NON <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Est-ce un contrôle après un traitement antibiotique ? Si OUI quel traitement : NON <input type="checkbox"/>			CON
<input type="checkbox"/> Contrôle post opératoire (prostate, rein, vessie.)			POS
<input type="checkbox"/> Bilan avant opération OUI <input type="checkbox"/>			PRE NON <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Grossesse OUI <input type="checkbox"/>			GRO NON <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Calcul OUI <input type="checkbox"/>			CAL NON <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ne sait pas OUI <input type="checkbox"/>			PAS NON <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> En période de règles OUI <input type="checkbox"/>			NON <input type="checkbox"/>
Flacon borate <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
Réception au LBM		Date :	Heure : LOGIN :
< 2 heures T° ambiante		< 12 h frigo	Conforme <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> DEL

Fiche de renseignements cliniques ECBU/ CULOT			
Nom		Prénom	
Date de Naissance		Nom de Naissance	
Date du recueil		Heure de Recueil	
<input type="checkbox"/> Urines apportées au laboratoire APL	<input type="checkbox"/> Urines émises au laboratoire ELA	<input type="checkbox"/> Sondage urinaire SON OUI NON	
<input type="checkbox"/> Avez-vous commencé un traitement antibiotique ? Si OUI lequel : NON <input type="checkbox"/>			ATB
<input type="checkbox"/> Est-ce une suspicion d'infection urinaire (fièvre ou douleurs mictionnelles) ? OUI <input type="checkbox"/>			INF NON <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Bilan systématique OUI <input type="checkbox"/>			SYS NON <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Est-ce un contrôle après un traitement antibiotique ? Si OUI quel traitement : NON <input type="checkbox"/>			CON
<input type="checkbox"/> Contrôle post opératoire (prostate, rein, vessie.)			POS
<input type="checkbox"/> Bilan avant opération OUI <input type="checkbox"/>			PRE NON <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Grossesse OUI <input type="checkbox"/>			GRO NON <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Calcul OUI <input type="checkbox"/>			CAL NON <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ne sait pas OUI <input type="checkbox"/>			PAS NON <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> En période de règles OUI <input type="checkbox"/>			NON <input type="checkbox"/>
Flacon borate <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
Réception au LBM		Date :	Heure : LOGIN :
< 2 heures T° ambiante		< 12 h frigo	Conforme <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> DEL

Horaires du laboratoire :
Lun-Vend : 7h-12h30 et 14h-18h30 Sam : 7h30-12h
<ul style="list-style-type: none"> ● Se Laver les mains, puis faire une toilette intime soigneuse à l'aide d'une lingette désinfectante remise par le laboratoire ou à l'aide d'un savon antiseptique
POUR ECBU ET CULOT
<ul style="list-style-type: none"> ● Eliminer le premier jet d'urine dans les toilettes ● Uriner ensuite dans le flacon stérile fourni par le laboratoire et le refermer soigneusement
Le prélèvement peut être conservé jusqu'à 1h à température ambiante ou 3h au réfrigérateur
POUR RECHERCHE DE CHLAMYDIAE ET GONOCOQUE
Récupérer le premier jet d'urine dans le flacon Le prélèvement doit être conservé à température ambiante
MARQUER SUR LE FLACON
Nom, prénom et Date de Naissance Indiquer la date et l'heure de prélèvement
Merci de compléter la fiche afin d'interpréter au mieux vos résultats. Le laboratoire s'engage à respecter la confidentialité de toutes les informations portées à sa connaissance Remettre le prélèvement dans la poche plastique. Le transmettre avec la présente fiche au laboratoire.
Cas particulier des urinocols pour les enfants
Après la toilette locale avec la lingette. Poser la pochette de recueil. Vérifier toutes les 15 min la présence d'urine. Ne pas laisser plus d'une heure. Le prélèvement doit être exempt de selles.
DE A0 076 12 Notice CBU Pochette 29/10/2019

Horaires du laboratoire :
Lun-Vend : 7h-12h30 et 14h-18h30 Sam : 7h30-12h
<ul style="list-style-type: none"> ● Se Laver les mains, puis faire une toilette intime soigneuse à l'aide d'une lingette désinfectante remise par le laboratoire ou à l'aide d'un savon antiseptique
POUR ECBU ET CULOT
<ul style="list-style-type: none"> ● Eliminer le premier jet d'urine dans les toilettes ● Uriner ensuite dans le flacon stérile fourni par le laboratoire et le refermer soigneusement
Le prélèvement peut être conservé jusqu'à 1h à température ambiante ou 3h au réfrigérateur
POUR RECHERCHE DE CHLAMYDIAE ET GONOCOQUE
Récupérer le premier jet d'urine dans le flacon Le prélèvement doit être conservé à température ambiante
MARQUER SUR LE FLACON
Nom, prénom et Date de Naissance Indiquer la date et l'heure de prélèvement
Merci de compléter la fiche afin d'interpréter au mieux vos résultats. Le laboratoire s'engage à respecter la confidentialité de toutes les informations portées à sa connaissance Remettre le prélèvement dans la poche plastique. Le transmettre avec la présente fiche au laboratoire.
Cas particulier des urinocols pour les enfants
Après la toilette locale avec la lingette. Poser la pochette de recueil. Vérifier toutes les 15 min la présence d'urine. Ne pas laisser plus d'une heure. Le prélèvement doit être exempt de selles.
DE A0 076 12 Notice CBU Pochette 29/10/2019