

Plateau technique - rue des Aigrettes - 44570 Trignac - Tél : 02-40-22-55-51

## 1. PRÉPARATION ET RECUEIL DANS LE POT



Ne mettez pas le doigt dans l'orifice



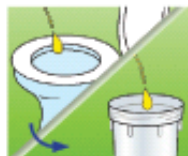
Ne touchez pas la canule intégrée.



Se laver les mains soigneusement puis effectuer une toilette intime avec la lingette lingette désinfectante.



Ouvrir le pot et poser et poser le couvercle, canule vers le haut.



Éliminer le 1er jet d'urine dans les toilettes puis recueillir le 2ème jet dans le pot.



Refermer le pot (visser à fond)

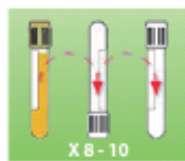
## 2. TRANSFERT DE L'URINE DANS LE TUBE



N'ouvrez pas les tubes



Tirer sur la languette du couvercle (ne pas la jeter) et insérer le tube à fond dans le corps de la canule (ne pas retirer le bouchon du tube). Attendre le remplissage complet du tube en le maintenant.



Agiter le tube par 8 à 10 retournements



Recoller la languette sur l'orifice du couvercle.

### Identifier le pot et le tube avec votre nom prénom et date de naissance

Placer le flacon hermétiquement fermé et le tube dans le sachet fourni. Compléter la fiche ci-contre et la glisser dans le sachet. Apporter rapidement le sachet au laboratoire.

### Cas particulier : recherche de chlamydia, mycoplasmes, gonocoques et BK

Pour la recherche de **GNOCOQUES, CHLAMYDIA** et **MYCOPLASMES**, ne pas avoir uriné depuis 2h et recueillir le 1er jet d'urine. Si un ECBU est également demandé, il faudra effectuer le recueil dans 2 flacons distincts (le flacon n°1 contiendra le 1er jet et le flacon n°2 contiendra le 2ème jet.)

Pour une recherche de **BK** : recueillir la totalité des urines de la 1ère miction du matin.

**Remarque : si vous rencontrez des difficultés lors du transfert, rappez le pot jaune rapidement au laboratoire (dans les 2 h à T° ambiante, 24h à +4°C).**

# RENSEIGNEMENTS À COMPLÉTER

Code barre transport : \_\_\_\_\_ (réservé au laboratoire)

## IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom du patient : .....

Nom de naissance : .....

Prénom : .....

Date de naissance : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Sexe : M  F

Adresse : .....

.....

.....

Tél. : ...../...../...../...../.....

## PRÉLÈVEMENT

Date de recueil : ...../...../.....

Heure de recueil : .....

Mode recueil :

Milieu de jet  1<sup>er</sup> jet

Sonde à demeure  Sondage vésical

Urinocol (enfant)  Peniflow/Penilex

Ponction sus-pubienne

## PRISE EN CHARGE

N° de sécurité sociale :

[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] / [ ] [ ]

Nom caisse (CPAM, MSA,...) .....

Département : [ ] [ ]

Pour effectuer le Tiers-Payant, fournir les justificatifs de sécurité sociale (attestation) et de mutuelle.

## EN L'ABSENCE DE PRESCRIPTION

Analyses demandées .....

.....

Médecin destinataire

Prescription à transmettre dans les plus brefs délais

## RÉSULTATS (décret 2016-46 du 26/01/2016)

Sur le serveur internet : (Pour activer votre compte, envoyer un mail à [informatique.biolam@laborizon.fr](mailto:informatique.biolam@laborizon.fr))

Au laboratoire

Autorise M<sup>(me)</sup> .....  
à récupérer mes résultats

Par courrier  Autre médecin destinataire : .....

## RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

- Avez-vous de la fièvre ? oui  non

- Avez-vous une sensation de brûlure en urinant ? oui  non

- Avez-vous des douleurs (lombaires/abdominales) ? oui  non

- Avez-vous un traitement antibiotique ?  
- A débuter après le recueil ? oui  non   
- En cours ? oui  non   
- Récent (<10j) ? oui  non

- Nom de l'antibiotique :

- Êtes-vous enceinte ? oui  non

- S'agit-il d'un examen de dépistage avant une intervention chirurgicale ? oui  non

- Contrôle après traitement ? oui  non

## PARTIE RÉSERVÉE AU LABORATOIRE

Réception : Date : ..... Heure : .....

Nom du vérificateur : .....

Conformité  OUI  NON