

<input type="checkbox"/> Aire sur la lys	03 21 39 26 90
<input type="checkbox"/> Longuenesse	03 21 39 92 92
<input type="checkbox"/> Lumbres	03 21 95 31 15

ECBU

Examen Cyto-Bactériologique des Urines

Instructions de recueil

- Quand ?**
- Avant le début du traitement antibiotique ou sinon au moins 5 jours après l'arrêt
 - Au lever, sinon attendre si possible 3 à 4 heures après le dernier passage aux toilettes.



- Comment ?**
- Se laver les mains au savon
 - Faire une toilette intime soignée à l'aide d'un savon ou d'une lingette antiseptique
 - Pour les femmes : toilette vulvaire d'avant en arrière d'un seul geste
 - Pour les hommes : toilette du méat urinaire après décalottage
 - Ouvrir le flacon stérile sans toucher l'intérieur ni le bord supérieur.



- Uriner le premier jet dans les toilettes
- Puis recueillir l'urine directement dans le flacon (**2^{ème} jet**)
- Finir la miction dans les toilettes
- Fermer soigneusement et hermétiquement le flacon



NB : pour la recherche particulière de Chlamydiae, Mycoplasme et Gonocoque, ne pas faire de toilette et recueillir le 1^{er} jet d'urine directement dans le flacon.

IDENTIFIER LE FLACON : étiquette autocollante ci-dessous (nom et prénom) à apposer sur le flacon

- Replacer le flacon dans la poche et fermer soigneusement après avoir enlevé la bande autocollante



- **REEMPLIR CORRECTEMENT LE VERSO DE CETTE FICHE**
- Placer cette fiche et l'ordonnance dans la poche extérieure du sachet

- **APPORTER LE FLACON** au laboratoire **DANS LES 2 HEURES**

Sinon conserver **IMPÉRATIVEMENT** au **REFRIGÉRATEUR** maximum 24h



N'oubliez pas de compléter le verso ! →

Étiquette à coller sur le flacon

Nom : _____

Prénom : _____

Cas de patient sondé à demeure ou avec collecteur pénien

- Effectuer si possible le recueil après un changement de sonde
- NE JAMAIS prélever dans le sac collecteur
- Clamper le tuyau (<30 minutes) et prélever par ponction après désinfection sur le site spécifique du dispositif de sonde
- Transférer dans le flacon

Conditions de recueil

Date et Heure de recueil (obligatoire) : Le ___ / ___ / ___ **à** ___ **H** ___

Conservation au réfrigérateur : non oui

Toilette intime: non oui

Recueil des urines du milieu du jet

Recueil du 1^{er} jet (chlamydiae/mycoplasme/gonocoque)

Collecteur pénien, en place depuis : _____

Sondage ponctuel (aller/retour)

Poche pédiatrique (pose < 30minutes)

Sonde à demeure en place depuis : _____

Traitement antibiotique en cours non oui, lequel ? _____

Traitement antibiotique prévu non oui, lequel ? _____

Contrôle après Traitement antibiotique non oui, lequel ? _____ Arrêt depuis : ___ jours

Renseignements cliniques

Présentez-vous des symptômes?

- Sensations de brûlures /douleurs en urinant non oui
- Envies fréquentes ou impérieuses d'uriner non oui
- Fièvre >38°C ou frissons non oui
- Douleurs lombaires non oui
- Douleurs pelviennes non oui
- Incontinence urinaire récente non oui
- Autres symptômes : _____

S'agit-il d'un examen systématique de dépistage ?

- Dans le cadre d'une grossesse non oui
- Avant une intervention urologique non oui
- Avant une autre intervention chirurgicale non oui
- Suite à une hospitalisation récente non oui
- Anomalie fonctionnelle ou anatomique non oui
- Autre contexte : _____

Identité du patient

Nom utilisé : _____ Nom de naissance : _____ Correspondant (cachet)

PrénomS : _____ Sexe : M F

Né(e) le : ___ / ___ / ___ Lieu de naissance _____

Adresse : _____

Tel : _____

N° SS : _____

Caisse : _____ Mutuelle : _____

Résultat :	Cadre réservé au laboratoire
<input type="checkbox"/> Labo <input type="checkbox"/> Poste	Heure de réception au labo :
<input type="checkbox"/> Pharmacie	Vérifié par :
<input type="checkbox"/> Mail : _____	<input type="checkbox"/> Conforme <input type="checkbox"/> Non - conforme