Recueil des urines pour un ECBU chez le nourrisson IT-MU-A0/077-01

DESINFECTION

Se laver les mains.
Effectuer une toilette génito-anale soigneuse du nourrisson au savon liquide ordinaire.
Effectuer une désinfection soigneuse de la zone génitale avec la lingette imbibée d'antiseptique (Benza-clean®)

POSE DU COLLECTEUR

Pour les filles, l'ouverture du collecteur doit s'appliquer sur la zone génitale supérieure.

Pour les garçons, le pénis doit être glissé dans le collecteur.

Si l'enfant n'a pas uriné dans les 30 minutes qui suit l'application du dispositif, recommencer toute l'opération y compris la désinfection.

TRANSFERT DES URINES DANS LE TUBE A L'AIDE DE LA CANULE

Une fois que l'enfant a uriné

- Retirer le collecteur.
- Plonger la canule dont l'extrémité contient une aiguille, dans les urines.
- Insérer le tube dans l'orifice de la canule.
- Appuyer avec le pouce pour percer le bouchon avec l'aiguille du dispositif. Les urines sont aspirées dans le tube. Maintenir jusqu'à ce que le remplissage s'arrête.
- Retourner plusieurs fois le tube.

Identifier le tube : NOM, prénom, date de naissance

Compléter la fiche de renseignements avec la date et l'heure du recueil et les renseignements cliniques

TRANSMISSION AU LABORATOIRE:

Placer le tube dans le sachet.
Mettre l'ordonnance et la fiche de renseignements complétée dans la pochette extérieure.
Transmettre rapidement le prélèvement au laboratoire.

Délai de transmission au laboratoire:
Tube avec conservateur : 24 Heures à température ambiante

Recueil des urines pour un ECBU chez le nourrisson IT-MU-A0/077-01

AFIN DE RESPECTER LA CONFIDENTIALITE DES INFORMATIONS AU LABORATOIRE , IL EST INDISPENSABLE DE REMPLIR CE DOCUMENT

☐ **URGENT ?** **pour quel motif ?……..……**
Si effectué par un infirmier à domicile, NOM : ……..……TEL:……..……

IDENTITE DU PATIENT

ETIQUETTE

☐**Enfant garçon** ☐ **Enfant fille**

Nom de naissance :……
Prénom : ……Date de naissance : ..…..……/……..…/……..……
Adresse : ……..……..
Tél : ……**Email :……..……..…..@.....**

LA PRESCRIPTION MEDICALE

Avez-vous une prescription médicale ? ☐ **OUI** ☐ **NON**

Si oui, l'ordonnance est ☐**dans le sachet** ☐**déjà transmise au laboratoire (renouvellement)**

RECEPTION DES RESULTATS

☐ **par mail** ☐**par courrier** ☐ **vous viendrez au laboratoire**

LE PRELEVEMENT DU NOURRISSON

DATE DU RECUEIL: ……/……..……/…… HEURE DU RECUEIL: ……..……

➡ **Urines recueillies :** ☐ **au laboratoire** ☐ **à domicile**

➡ ☐ **Urines de 2ème jet** ☐ **sur poche urinaire** ☐**sur sonde de type : ……..……**
☐ **Autre :……..……..**

➡ **Avez-vous rempli le tube dans les 2 heures ?** ☐ **OUI** ☐ **NON**
Si non, les urines ont–elles été conservées au réfrigérateur (moins de 6 heures) ? ☐ **OUI** ☐ **NON**

➡ **Votre enfant doit-il prendre un antibiotique?**
☐ **NON** ☐**OUI lequel ? :……**☐ **débuté avant le prélèvement : le…../…..…../……**
☐ **sera débuté après le prélèvement**

QUELS SONT SES SYMPTOMES?

☐**Fièvre** ☐**Brûlures en urinant** ☐ **Envie fréquente d'uriner**

☐**Douleur ventre / dos** ☐**Contrôle après traitement** ☐**ECBU avant intervention/RDV**

☐**Autre raison :……**

PARTIE RESERVEE AU LABORATOIRE

Responsable :……. Transmetteur :……... Heure de réception :……...

☐ Conforme Code NC :……
Echantillon reçu : ☐ flacon stérile ☐ flacon stérile + tube conservateur ☐ tube conservateur