BIOLOR

ECBU : Examen Cytobactériologique des Urines : recherche d'infection

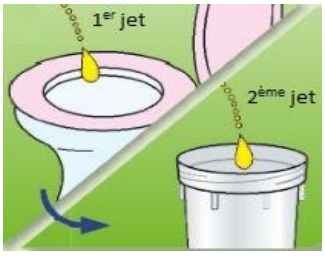
I - Toilette soignée avant le recueil

***Il est recommandé de réaliser le prélèvement au minimum 4 heures après la dernière miction**
***TRES IMPORTANT : Se laver les mains avant le recueil**
Avant de faire le recueil, une toilette intime doit être réalisée avec cette lingette.

II - Recueil des urines

Noter sur le flacon et le tube vos NOM+PRENOM
Ouvrir le flacon et poser le couvercle

Commencer par uriner dans les toilettes,
Puis, recueillir les urines dans le flacon (2ème jet) sans dépasser le niveau maximum



Bien revisser le couvercle du flacon.

Décoller l'étiquette : il y a une aiguille dessous

III – Conservation des urines : A FAIRE IMMEDIATEMENT

Le tube contient une poudre de conservation.

Positionner le bouchon sur l'aiguille du flacon

Appuyer fortement : Les urines remontent dans le tube
Maintenir jusqu'à la fin de l'aspiration**

Lorsque le tube est rempli, vous pouvez le retirer.
Mélanger par retournements.
Placer tube+ flacon dans le sachet

**Si le trait de niveau sur le tube n'est pas atteint, dévisser légèrement le couvercle du flacon, qui est probablement trop rempli, et percuter à nouveau le tube pour aspirer le complément.

IV –A remettre au laboratoire

Les échantillons doivent être identifiés: NOM+PRENOM

-la fiche de renseignements complétée
-la prescription médicale dans la pochette extérieure du sachet
-le flacon de recueil avec le couvercle bien vissé
-le tube rempli d'urines

Ce document ne peut être reproduit ou transmis sans l'accord du Responsable Qualité

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

☐ **M.** ☐ **Mme** ☐ **Enfant garçon** ☐ **Enfant fille**

ETIQUETTE

Nom de naissance : ……**Nom d'usage** :……..……

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**

VOTRE PRELEVEMENT

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**

➡ **Grossesse en cours?** ☐ **NON** ☐ **OUI**

➡ **Devez-vous prendre un antibiotique?**
☐ **NON** ☐ **OUI lequel ? :……** ☐ **débuté avant le prélèvement : le……/…..…../……**
☐ **sera débuté après le prélèvement**

QUELS SONT LES SYMPTOMES?

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

☐ **Douleur ventre / dos** ☐ **Contrôle après plus de 48h du 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

Ce document ne peut être reproduit ou transmis sans l'accord du Responsable Qualité