



Fiche de renseignements cliniques ECBU – Prélèvement non réalisé au laboratoire

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Votre médecin vous a prescrit un examen cyto bactériologique des urines. Pour une meilleure interprétation de vos résultats, nous vous demandons de respecter les consignes de prélèvement décrites ci-dessous et de compléter, au bas de cette fiche, les renseignements dont nous avons besoin.

Consignes pour le recueil

- Privilégiez les urines du matin
- Lavez-vous soigneusement les mains
- Faites une toilette intime rigoureuse à l'aide d'un savon antiseptique
- Ouvrir le flacon stérile en prenant soin d'éviter d'en toucher l'intérieur
- Uriner le premier jet (quelques ml) dans les toilettes puis recueillir la fin de jet dans le flacon
- Refermer soigneusement et hermétiquement le flacon en évitant toujours d'en toucher le bord ou l'intérieur
- **Notez votre NOM et votre Prénom sur le flacon.**
- Remplir complètement cette fiche.
- Transmettez le flacon au laboratoire dans les 2 heures. Si vous devez différer, conservez le flacon au réfrigérateur au maximum 12 heures.



A compléter par le patient

Nom : Prénom : Sexe : H F

Date de naissance : / / Date des dernières règles:.....

Adresse :

Téléphone:

Date du recueil : / /

Heure du recueil :

Mode de recueil : Urines de mi- jet
Sur collecteur

Sonde à demeure
Par sondage

Prélèvement conservé au réfrigérateur : NON OUI

Renseignements cliniques :

Envies fréquentes d'uriner Brûlures ou douleurs en urinant Fièvre

Sang dans les urines Douleur lombaire

Grossesse en cours Diabète Greffe rénale

Malformation connue de l'appareil urinaire

Chimiothérapie en cours Chirurgie récente sur l'appareil urinaire

Bilan avant intervention chirurgicale Corticothérapie de longue durée

Prise d'antibiotique NON OUI Si oui, lequel :

Contrôle ECBU après traitement antibiotique NON OUI

Si oui, date de fin du traitement :



**Fiche de renseignements cliniques ECBU –
Prélèvement réalisé au laboratoire**

A compléter par le patient

Nom : Prénom : Sexe : H F

Date de naissance : / / Date des dernières règles:.....

Adresse :

Téléphone:

Date du recueil : / /

Heure du recueil :

Mode de recueil : Urines de mi- jet
Sur collecteur

Sonde à demeure
Par sondage

Prélèvement conservé au réfrigérateur : NON OUI

Renseignements cliniques :

Envies fréquentes d'uriner Brûlures ou douleurs en urinant Fièvre
Sang dans les urines Douleur lombaire

Grossesse en cours Diabète Greffe rénale
Malformation connue de l'appareil urinaire

Chimiothérapie en cours Chirurgie récente sur l'appareil urinaire
Bilan avant intervention chirurgicale Corticothérapie de longue durée

Prise d'antibiotique NON OUI Si oui, lequel :

Contrôle ECBU après traitement antibiotique NON OUI

Si oui, date de fin du traitement :