



QUAND FAIRE LE RECUEIL ?

- Idéalement sur les **premières urines du matin** ou au moins 3 heures après la dernière miction. (En présence de symptômes, recueil des urines après un maximum de rétention).
- **Avant toute prise d'antibiotique.** Si vous les avez commencés, attendre 48h après la fin du traitement pour faire l'examen (**sauf indication contraire du médecin**).

INSTRUCTION DE RECUEIL

- Se laver les mains et faire une **toilette locale soigneuse** à l'eau et au savon (ou avec la lingette désinfectante fournie par le laboratoire).
- Ouvrir le flacon stérile remis par le laboratoire en dévissant le couvercle (sans enlever l'étiquette ni toucher l'opercule).
- **Éliminer le 1er jet d'urines** dans les toilettes et recueillir la suite des urines dans le flacon (Idéalement 10 ml minimum). **Refermer** soigneusement le flacon.
- Remplir la fiche de renseignements ci-dessous.

ACHEMINEMENT DE L'ÉCHANTILLON AU LABORATOIRE

- Apporter le flacon au laboratoire dans les plus brefs délais. En cas de dépôt différé : conserver les urines **au réfrigérateur**. Les urines peuvent se conserver maximum 1h30 à température ambiante et 12h au réfrigérateur. (*Si vous avez dépassé ces délais, veuillez en informer le laboratoire*).
- Heure limite de dépôt au laboratoire si possible **30 min** avant la fermeture.

RENSEIGNEMENTS A COMPLETER PAR LE PATIENT

Nom : Prénom : Né(e) le : Sexe F M

Date de recueil : Heure de recueil : Conservation à 4°C... **Oui** **Non**

Urines conservées moins de 1h30 en ambiant et moins de 12h au réfrigérateur ? **Oui** **Non (CPA)**

Les urines ont-elles été recueillies par sondage aller-retour ? **Non** **Oui (!Origine !)**

Avez-vous retenu vos urines au moins 3 heures avant le recueil ? **Oui** **Non (COMCP)**

Avez-vous fait une toilette intime et éliminé le 1^{er} jet d'urine ? **Oui** **Non (CPA)**

Avez-vous pris un antibiotique dans les dernières 48h ? **Non** **Oui (CPA/COMCP)**

Le médecin vous a-t-il prescrit des antibiotiques à débiter après le recueil ? **Non** **Oui**

Détail du traitement antibiotique : Nom : Durée : Dernière prise le :

Fièvre / Frissons / Douleur lombaire inhabituelle : **Non** **Oui (URG)**

Brûlures en urinant ou envies fréquentes / Difficultés : **Non** **Oui (Si ♂ ou enfant : URG)**

Grossesse (si pertinent) : **Non** **Oui**

Période de règles (si pertinent) : **Non** **Oui**

Chirurgie **URO/gynéco récente** ou Instillation vésicale **Non** **Oui, Date** :

Motif de l'examen si non renseigné au-dessus :

A remplir par le laboratoire : Prélèvement réceptionné par le à

Conforme : **Oui** **Non** → dérogation du biologiste ? : **Oui** **Non**