



**⤴ Veuillez respecter ces instructions afin d'assurer la qualité et la fiabilité des résultats.**

## 1. RECUEIL

Le laboratoire vous fournit un flacon stérile dans un sachet hermétique avec un absorbant. Ce carré **ne doit pas être utilisé** pour la toilette intime. Pour procéder au recueil :

- Recueillir les urines du matin **au réveil** ou ayant séjourné **au moins 4 heures** dans la vessie.
- Faire un lavage hygiénique des mains et une toilette locale soignée (Dakin ou savon) suivie d'un rinçage à l'eau. Eliminer le 1<sup>e</sup> jet dans les toilettes, puis uriner dans le flacon
- Chez les femmes présentant des pertes même minimes, la mise en place d'une protection vaginale est indispensable.
- Utiliser **le flacon fourni** par le laboratoire ou votre pharmacie (*tout autre récipient sera refusé*).
- **Noter vos nom et prénom sur le flacon** (*tout échantillon non ou mal identifié sera refusé*).
- Remettre le flacon dans le sachet avec le carré absorbant et joindre ce questionnaire rempli

## 2. CONSERVATION

- Apporter les urines le plus rapidement possible au laboratoire à T° ambiante (**dans les 2 H**).
- Vous pouvez éventuellement conserver le flacon au réfrigérateur (**pas plus de 12 H**)

## 3. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

- |   | Oui                      | Non                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| - Avez-vous de la fièvre ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous une sensation de brûlure en urinant ?                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous des douleurs dans le bas du dos ?                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Portez-vous une sonde urinaire ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous eu une hospitalisation récente ?                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Le médecin a-t-il prescrit un antibiotique pour votre problème urinaire ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Si oui, nom de cet antibiotique ? .....</i>                              |                          |                          |
| - Est-ce un contrôle après traitement antibiotique ?                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Si oui, nom de l'antibiotique ? .....</i>                                |                          |                          |
| <i>Indiquez la date de fin du traitement : .....</i>                        |                          |                          |
| - Pour les femmes : êtes-vous enceinte ?                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Merci de noter si vous présentez un terrain particulier (*diabète, cancer, suivi urologique...*) :

.....

Si vous avez répondu non à toutes les questions : motif de l'examen ?

.....

Nom de naissance :  Prénom :

Nom d'épouse :  Date de naissance :

Date du recueil :  Heure du recueil :

Les urines ont-elles été mises au frigo ?  Non  Oui Combien de temps ?

Avant le recueil, depuis combien de temps n'avez-vous pas uriné ?