



# Fiche de liaison pour un premier jet d'urine



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

## 1. RECUEIL

- IMPERATIF : Pas de toilette intime avant le recueil
- Recueillir 5 à 10 ml (**1/3 du flacon au maximum**) du 1<sup>e</sup> jet des urines idéalement à partir des urines de la nuit, à défaut au moins 1 heure après la dernière miction.
- Chez les femmes, pas de règles au moment du recueil (*à défaut utiliser un tampon*)
- Pas de prise d'antibiotique depuis 1 semaine
- Utiliser **le flacon fourni** par le laboratoire (*tout autre récipient sera refusé*)
- **Bien noter vos nom et prénom sur le flacon** (*tout échantillon non ou mal identifié sera refusé*)

## 2. CONSERVATION

- **Apporter les urines le plus rapidement possible** au laboratoire à **T° ambiante** (**dans les 2 H**).

## 3. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

- Merci de décrire vos symptômes (s'ils existent) : .....

.....

	Oui	Non
- Avez-vous connaissance d'une infection chez votre partenaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Si oui, laquelle ?* .....

- Le médecin a-t-il prescrit un antibiotique pour votre problème urinaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

*Si oui, nom de cet antibiotique ?* .....

- Est-ce un contrôle après traitement antibiotique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

*Si oui, nom de l'antibiotique ?* .....

*Indiquez la date de fin du traitement :* .....

- Avez-vous un antécédent d'infection génitale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

*Si oui, laquelle ?* .....

Nom de naissance :  Prénom :

Nom d'épouse :  Date de naissance :

Date du recueil :  Heure du recueil :

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

Cadre réservé au laboratoire



# Fiche de liaison pour un premier jet d'urine



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

## 4. RECUEIL

- IMPERATIF : Pas de toilette intime avant le recueil
- Recueillir 5 à 10 ml (**1/3 du flacon au maximum**) du 1<sup>e</sup> jet des urines idéalement à partir des urines de la nuit, à défaut au moins 1 heure après la dernière miction.
- Chez les femmes, pas de règles au moment du recueil (*à défaut utiliser un tampon*)
- Pas de prise d'antibiotique depuis 1 semaine
- Utiliser **le flacon fourni** par le laboratoire (*tout autre récipient sera refusé*)
- **Bien noter vos nom et prénom sur le flacon** (*tout échantillon non ou mal identifié sera refusé*)

## 5. CONSERVATION

- **Apporter les urines le plus rapidement possible** au laboratoire à **T° ambiante** (**dans les 2 H**).

## 6. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

- Merci de décrire vos symptômes (s'ils existent) : .....

.....

	Oui	Non
- Avez-vous connaissance d'une infection chez votre partenaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Si oui, laquelle ?* .....

- Le médecin a-t-il prescrit un antibiotique pour votre problème urinaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

*Si oui, nom de cet antibiotique ?* .....

- Est-ce un contrôle après traitement antibiotique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

*Si oui, nom de l'antibiotique ?* .....

*Indiquez la date de fin du traitement :* .....

- Avez-vous un antécédent d'infection génitale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

*Si oui, laquelle ?* .....

Nom de naissance :  Prénom :

Nom d'épouse :  Date de naissance :

Date du recueil :  Heure du recueil :

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

Cadre réservé au laboratoire