

## LABORATOIRE BIOMEDIVAL

429 Av. S. Allende  
84500 BOLLENE  
Tel 04 90 30 10 44

120 Av. Jean Jaurès  
26200 MONTE LIMAR  
Tel 04 75 00 22 00

Questionnaire à  
remplir

### Recueil d'urines pour ECBU (Recherche d'infection urinaire)

#### Pourquoi faire un ECBU ?

Cet examen permet de diagnostiquer une infection urinaire et d'identifier l'agent infectieux en cause.

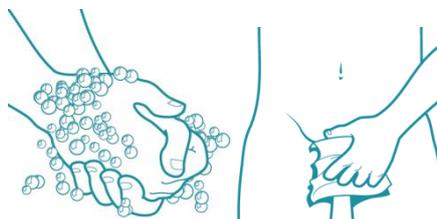
#### Quand recueillir les urines ?

Si possible avant tout traitement antibiotique et de préférence 4H après la dernière miction.

Pour contrôle après traitement : les premières urines du matin de préférence 48H après l'arrêt de l'antibiotique.

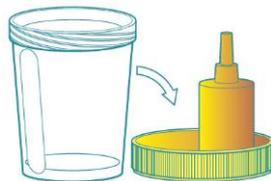
#### Comment recueillir les urines ?

Utiliser le FLACON STERILE fourni et respecter les règles suivantes :



Se laver soigneusement les mains.

Procéder à votre toilette intime : se nettoyer soigneusement à l'aide de la lingette antiseptique fournie par notre laboratoire.



Déboucher le flacon, poser le bouchon à l'envers sur une surface propre, **ne pas toucher l'intérieur du flacon ou du bouchon.**



a. Commencer à **uriner le 1er jet** dans les toilettes.

b. Puis **uriner le 2<sup>ème</sup> jet** dans le flacon sans dépasser le niveau « MAX ».

Volume minimum 10 ml.



Revisser le bouchon à fond.

Identifier le flacon avec le **NOM** et **PRENOM**, **DATE DE NAISSANCE** et y noter la **DATE** et l'**HEURE** du RECUEIL.

#### **Remplir le questionnaire**

Glisser le questionnaire rempli dans la pochette **extérieure** du sachet avec l'ordonnance.

Refermer le sachet à l'aide du zip.

**Apporter immédiatement le flacon ET la fiche au laboratoire, maximum 2 H après le recueil à température ambiante 15-25°C**  
(Sinon conserver le flacon au réfrigérateur 4°C et l'apporter dans les 12h)

**LABORATOIRE BIOMEDIVAL**

**429 Av. S. Allende  
84500 BOLLENE  
Tel 04 90 30 10 44**

**120 Av. Jean Jaurès  
26200 MONTELIMAR  
Tel 04 75 00 22 00**

**INFORMATIONS CONCERNANT LE PATIENT**

*Etiquette patient*

Nom usuel : .....

Date de Naissance : ..... / ..... / .....

Nom de naissance : .....

N°SS : .....

Prénom : .....

Caisse : .....

Adresse : .....

Mutuelle : .....

.....

Téléphone : .....

CP : ..... Ville : .....

Date : ..... / ..... / .....

Résultat :  Au laboratoire  A poster  
 Consultation Internet

Heure du recueil .....h.....

Mail : .....@.....

- Conservation au réfrigérateur ?  Oui  Non

- Vous avez des signes cliniques :  
 Brulures quand vous urinez  Oui  Non  
 Besoins fréquents d'uriner  Oui  Non  
 Douleur / pesanteur dans le bas ventre  Oui  Non  
 Fièvre et douleurs lombaires  Oui  Non  
 Grossesse pour les femmes  Oui  Non

- Il s'agit d'un contrôle après traitement d'une infection urinaire :  Oui  Non

- Vous avez eu une intervention chirurgicale :  Oui  Non  
 Si oui, Date...../...../.....

- Vous allez subir une intervention chirurgicale :  Oui  Non  
 Si oui, Date...../...../.....

- Vous êtes actuellement sous antibiotiques  Oui  Non

- Vous avez pris récemment un antibiotique  Oui  Non  
 Si oui, quel est le nom de l'antibiotique .....

Depuis combien de temps avez-vous cessé de le prendre .....

- Vous êtes porteur d'une sonde à demeure ?  Oui  Non

**Transmission** Echantillon transmis par :  
 Patient  IDE : .....  Pharmacie : .....

**Quelle est la durée de l'analyse** En cas d'infection bactérienne, en règle générale le germe responsable de l'infection et le traitement adapté sont connus au bout de 48 à 72 heures.

**Réception** **CADRE RESERVE AU LABORATOIRE BIOMEDIVAL**  
 Heure de réception : .....h.....  
 Percuté par IDE :  Oui  Non ; si non, percuté au laboratoire.....h.....par.....  
 Conformité : par : .....  Oui  Non NC n°.....