

Réservé pharmacienHeure d'arrivée en pharmacie :
.....h.....**Fiche à remplir par le patient****ATTENTION : TOUT PRELEVEMENT NON IDENTIFIE SERA REFUSE***Le non-respect des conditions citées au verso peut conduire à rendre des résultats erronés*

Nom :	Prénom :	Réservé labo Etiquette patient
Nom de naissance :	Né(e) le :	
Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Tél :	
N° Sécurité sociale :		
Caisse : Mutuelle (N° AMC) :		
Adresse complète (si transmission au laboratoire) :		
Reprise des résultats : <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Pharmacie <input type="checkbox"/> Laboratoire <input type="checkbox"/> A poster		
<i>Les urines se conservent 24h au réfrigérateur pour les ECBU. Conservation à température ambiante très courte (< 2h)</i>		
Ramenez rapidement votre flacon au laboratoire		

CONDITIONS DE RECUEIL

Date et heure de recueil des urines :	Recueil réalisé : <input type="checkbox"/> Au domicile <input type="checkbox"/> Au laboratoire
Toilette intime avant le recueil ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Conservation des urines après le recueil : <input type="checkbox"/> Au réfrigérateur (conseillé) <input type="checkbox"/> A température ambiante	
<input type="checkbox"/> Urines de premier jet (Recherche de chlamydiae, gonocoque, mycoplasme...)	
<input type="checkbox"/> Urines de milieu de jet pour ECBU (Privilégier le recueil des urines du matin ou ne pas uriner pendant 4h avant le recueil)	
Pour les femmes, êtes-vous enceinte ? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI, de mois	
Pour les femmes, indiquez la date des dernières règles :	
Êtes-vous diabétique ? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	
En cas de transfert dans un tube boraté, date et heure du transfert :	

A remplir uniquement si le recueil concerne un cas particulier :		
<input type="checkbox"/> Dispositif collecteur	<input type="checkbox"/> Poche nourrisson. Si oui, durée de pose : minutes	<input type="checkbox"/> Etui pénien
<input type="checkbox"/> Dispositif endo-urinaire		
- Drainage vessie :	<input type="checkbox"/> Sondage aller-retour <input type="checkbox"/> Sonde vésicale à demeure après changement de sonde	<input type="checkbox"/> Ponction sus-pubienne
- Drainage rein :	<input type="checkbox"/> Sondage urétéral (sonde JJ) <input type="checkbox"/> Néphrostomie (pyélostomie) <input type="checkbox"/> Rein droit <input type="checkbox"/> Rein gauche	
	<input type="checkbox"/> Urétérostomie de type BRICKER <input type="checkbox"/> Néovessie <input type="checkbox"/> Autres, précisez :	

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES (Essentiels pour l'interprétation de votre analyse)

Signes cliniques :
<input type="checkbox"/> Signes probables d'infection urinaire (brûlures, mictions fréquentes)
<input type="checkbox"/> Suspicion de pyélonéphrites : Fièvre > 38°C, douleurs lombaires, douleurs pelviennes
<input type="checkbox"/> Examens de contrôle :
<input type="checkbox"/> Dépistage dans le cadre d'une surveillance
<input type="checkbox"/> Avant intervention chirurgicale / urologique. Si oui, date de l'intervention :
<input type="checkbox"/> Nouveau recueil pour contrôle
<input type="checkbox"/> Suspicion de calculs rénaux
<input type="checkbox"/> Antécédent de Bactérie Multi Résistante. Si oui :
<input type="checkbox"/> hospitalisation récente <input type="checkbox"/> voyage à l'étranger <input type="checkbox"/> Prise d'antibiotique dans les 6 mois
Facteurs de risques de complication :
<input type="checkbox"/> Insuffisance rénale sévère (clairance < 30ml/mn) <input type="checkbox"/> Anomalie de l'arbre urinaire
<input type="checkbox"/> Immunodépression sévère <input type="checkbox"/> Capacité physique réduite
Traitement antibiotique :
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Si oui, nom :
<input type="checkbox"/> Contrôle après traitement <input type="checkbox"/> Pris avant le recueil <input type="checkbox"/> A commencer après le recueil
Nom de l'antibiotique : Date de la dernière prise :