

- Document à caractère confidentiel -

Cette fiche doit être jointe à chaque prélèvement accompagnée de la prescription

Pour les prélèvements qui ne sont pas déposés directement au laboratoire, en cas de tiers payant, merci de joindre une photocopie de l'attestation carte vitale et mutuelle.

PRENEZ SOIN DE VOTRE SANTE EN REPOUNDANT AU QUESTIONNAIRE CI-DESSOUS

Nom

Nom de naissance

Prénom

Date de naissance

Téléphone

Adresse

*Étiquette patient, réservé au
laboratoire*

Modalité de recueil : **Date et heure de recueil :** / / à h.....

Laboratoire Domicile Cabinet médical EDS : Service :
 milieu de jet après toilette locale pénilex
 sondage aller/retour autosondage

Conservation à 4°C du flacon d'urine: Non Oui

Vous avez des signes d'infection urinaire :

- sensation de brûlure ou gêne en urinant
- douleurs lombaires (bas du dos)
- douleurs pelviennes (bas ventre ou pubis)
- fièvre (>38°C)
- autres signes :

Vous n'avez aucun signe d'infection urinaire :

- Bilan systématique**
- Bilan d'exploration, suite à :**
 - test à la bandelette positif
 - sang dans les urines
 - urines troubles/malodorantes
- Bilan de contrôle**
 - avant intervention urologique / autre
 - après intervention urologique / autre
 - après traitement antibiotique
 - avant instillation : BCG thérapie

Vous avez des facteurs de risque :

- grossesse
- dialyse
- diabète
- chimiothérapie
- coliques néphrétiques
- greffé rénal
- hospitalisation récente
- malformation tractus urinaire

Traitement antibiotique :

NON En cours A venir Date de début de traitement : Ou traitement arrêté depuis :

(Liste des antibiotiques recommandés par la SPILF dans la prise en charge des infections urinaires)

Pour Enfant :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Amoxicilline CLAMOXYL, TOTAPEN | <input type="checkbox"/> Amoxi + ac clavulanique AUGMENTIN |
| <input type="checkbox"/> Céfixime OROKEN | <input type="checkbox"/> Ceftriaxone injectable ROCEPHINE |
| <input type="checkbox"/> Cotrimoxazole BACTRIM, EUSAPRIM | <input type="checkbox"/> Gentamicine injectable GENTALLINE |

Pour Femme :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Amoxicilline CLAMOXYL, TOTAPEN | <input type="checkbox"/> Amoxi. + ac. clavulanique AUGMENTIN |
| <input type="checkbox"/> Céfixime OROKEN | <input type="checkbox"/> Ceftriaxone injectable ROCEPHINE |
| <input type="checkbox"/> Ciprofloxacine CIFLOX | <input type="checkbox"/> Cotrimoxazole BACTRIM, EUSAPRIM |
| <input type="checkbox"/> Fosfomycine MONURIL URIDOZ | <input type="checkbox"/> Gentamicine injectable GENTALLINE |
| <input type="checkbox"/> Levofloxacine TAVANIC | <input type="checkbox"/> Nitrofurantoïne FURADANTINE |
| <input type="checkbox"/> Norfloxacine NOROXINE, LOGIFLOX | <input type="checkbox"/> Ofloxacine OFLOCET |
| <input type="checkbox"/> Pivmecillinam SELEXID | <input type="checkbox"/> Triméthoprime DELPRIM |

Pour Homme :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Amoxicilline CLAMOXYL, TOTAPEN | <input type="checkbox"/> Ceftriaxone injectable ROCEPHINE |
| <input type="checkbox"/> Ciprofloxacine CIFLOX | <input type="checkbox"/> Cotrimoxazole BACTRIM, EUSAPRIM |
| <input type="checkbox"/> Gentamicine injectable GENTALLINE | <input type="checkbox"/> Levofloxacine TAVANIC |
| <input type="checkbox"/> Ofloxacine OFLOCET | |

Prophylaxie :

- Cotrimoxazole BACTRIM, EUSAPRIM
- Fosfomycine MONURIL URIDOZ

Autre antibiotique :

Partie à remplir par l'IDE ou le patient qui effectue le transfert dans les tubes:

Heure de transfert : Date : Par :

Partie à remplir par le laboratoire périphérique :

Transfert sur borate : Non Oui

Heure de réception : Date : Par : Conforme : Non Oui

Étapes réalisées par le patient : modalités de recueil

Réaliser l'examen avant toute prise d'antibiotiques ou arrêt depuis plus de 48 heures, sauf avis contraire du médecin.

Recueillir les urines le matin au lever ou à distance (4 heures si possible) de la dernière miction.



Se laver les mains avec soin, puis effectuer une toilette soignée d'un seul geste de l'avant vers l'arrière avec la lingette antiseptique fournie par le laboratoire (ou savon et rinçage).

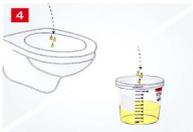


Ne pas soulever l'étiquette blanche.

Ne pas toucher le dispositif intégré.



Dévisser le couvercle et le poser sur la face plane.



Éliminer le premier jet d'urine dans les toilettes et remplir le flacon.



Revisser hermétiquement le couvercle pour éviter les fuites et essuyer l'extérieur du flacon.

Noter sur le flacon l'identité du patient (nom, prénom, date de naissance).

Déposer le flacon dans la **zone dédiée** au laboratoire
ou le **ramener rapidement à température ambiante (délai maximum de 2 heures)**.
En cas d'impossibilité conserver le flacon au **réfrigérateur à domicile (délai maximum 24h)**.

Étapes réalisées par l'infirmier(e) : modalités de transfert dans les tubes de transport

NB : à la demande du laboratoire, certains patients peuvent-être amenés à réaliser cette étape

Ordre des tubes



Tubes BD

- ☞ **ECBU : prendre systématiquement les 2 tubes BD.**
Transférer le **tube beige** en premier et le **tube vert** en second.
- ☞ **Si une recherche isolée de cristaux et/ou DLH est prescrite :**
Prendre un tube beige uniquement.



Agiter le flacon.

Soulever l'étiquette blanche (ne pas la jeter).



Prendre systématiquement les tubes nécessaires comme suit :

Insérer le **tube beige**, le percuter, le maintenir en position jusqu'au remplissage complet du tube. Recommencer cette opération avec le **tube vert**.



Agiter les tubes par 5 retournements.

Remplacer l'étiquette autocollante blanche du flacon.

Noter sur les tubes l'identité du patient (nom, prénom, date de naissance).

Mettre le flacon et les tubes dans le sachet. **Apporter le sachet au laboratoire rapidement (délai de conservation à température ambiante avant analyse : 48H).**

Recommandations Rémic