



# FORMULAIRE DE PRECONISATIONS ET RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

## ECBU

Page 2 sur 5

MU-PREA-FE-004  
Version : 04

### PRECONISATIONS

A réaliser à distance de tout traitement antibiotique (sauf avis de votre médecin)

Matériel :	Protocole de recueil :
<ul style="list-style-type: none"><li>Un flacon stérile</li><li>Un antiseptique local</li><li>Cette fiche</li><li>Un sachet double poche</li><li>Un carré absorbant (à laisser dans le sachet, utile lors du transport)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>De préférence sur les premières urines du matin ou à distance de plus de 3 heures de la miction précédente.</li><li>Se laver les mains</li><li>Faire une toilette soigneuse du méat urinaire (savon ou lingette antiseptique fournie)</li><li><b>Uriner le premier jet dans les toilettes</b></li><li><b>Uriner ensuite dans le flacon</b> et le fermer hermétiquement</li><li>Identifier le flacon avec Nom, Prénom, date de naissance du patient</li><li>Le placer à l'intérieur du sachet double poche</li><li>Fermer la poche avec l'adhésif</li><li>Remplir cette fiche et la placer dans la poche extérieure du sachet</li></ul>

### INFORMATIONS A REMPLIR PAR LE PATIENT

**NOM :**

Nom de jeune fille :

**Prénom :**

**Date de naissance :**

**DATE DE RECUEIL :**

**HEURE DE RECUEIL :**

**MODALITES DE RECUEIL :**

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :**

1er jet urinaire

Grossesse ?  oui  non

2ème jet urinaire

Brulures urinaires  oui  non

Urinocol

Fièvre  oui  non

Clampage d'une sonde à demeure

Grefe rénale  oui  non

Dérivation externe : urostomie

Insuffisance rénale chronique sévère  oui  non

Sondage aller-retour

Anomalie malformation urinaire  oui  non

Chimiothérapie, immunodépression ?  oui  non

Pré-opératoire  oui  non

Geste invasif urologique programmé  oui  non

Traitement antibiotique en cours  oui  non

Si oui, lequel ? Posologie et durée :

Antibiotiques à prendre après ce recueil  oui  non

Si oui, lequel ? Posologie et durée :

Controle post-traitement  oui  non

Si oui, traitement antibiotique arrêté depuis combien de jours ?:

**Transport rapide au laboratoire :**  à T°C ambiante MAXIMUM 2 heures

si conservation à 4°C MAXIMUM 6 heures

### CADRE RESERVE AU LABORATOIRE

Urines transférées sur tube boraté

oui

non

ETIQUETTE CODE-BARRE

HEURE DE RECEPTION :



# FORMULAIRE DE PRECONISATIONS ET RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ECBU

Page 3 sur 5

MU-PREA-FE-004  
Version : 04

## PROCEDURE

To be done at a **distance from any antibiotic treatment** (unless stated otherwise by your doctor)

What you need :	Urine collection protocol :
<ul style="list-style-type: none"><li>• A sterile container</li><li>• Local antiseptic</li><li>• This document</li><li>• A double pocket plastic bag</li><li>• Absorbent paper (leave it in the bag, it is useful during transport)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Collect first morning specimen or if not possible then collect urine at least 3 hours or more after you went to the toilet last.</li><li>• Wash your hands</li><li>• Clean the area around the urethra with the antiseptic wipe provided or with soap and water</li><li>• <b>Void the first portion of the urine stream into the toilet</b></li><li>• <b>Then collect the midstream urine in the sterile container</b></li><li>• Screw the lid of the container tightly shut</li><li>• Write your name and date of birth on the container</li><li>• Place the container in the double pocket plastic bag</li><li>• Close the bag with care (adhesive tape)</li><li>• Fill in this document and place it in the side pocket of the double pocket plastic bag</li><li>•</li></ul>

## TO BE FILLED IN BY THE PATIENT

SURNAME :

Name at birth :

First name :

Date of birth :

DATE OF URINE COLLECTION:

TIME OF URINE COLLECTION :

URINE COLLECTION METHOD:

CLINICAL INFORMATION :

First stream urine

Pregnancy ?

yes no

Mid stream urine

Burning feeling when urinating

yes no

Urinocol

Fever

yes no

Clamping of indwelling urinary cathetar

Kidney transplant

yes no

Urinary diversion: urostomy

Severe chronic kidney failure

yes no

Urinary catheterization

Kidney or urine tract anomaly/birht defect

yes no

Chemotherapy, immunosuppression ?

yes no

Before surgery

yes no

Programmed invasive urological procedure

yes no

Ongoing antibiotic treatment

yes no

If yes, which one ? Dose and duration of treatment :

Antibiotics to be taken after this urine collection yes no

If yes, which one ? Dose and duration of treatment :

Check-up after antibiotic treatment yes no

If yes, when was the antibiotic treatment stopped ?:

**Should be quickly transported to the laboratory :**  in less than 2 hours if kept at room temperature  
 in less than 6 hours if stored at 4°C = 39°F (refrigerator)

## TO BE FILLED IN BY THE LABORATORY

Urines transférées sur tube boraté

oui

non

ETIQUETTE CODE-BARRE

HEURE DE RECEPTION :

توصيات

**PRECONISATIONS**

يجرى هذا التحليل بعيدا عن تناول المضادات الحيوية (باستثناء طلب من عند الطبيب)  
À réaliser à distance de tout traitement antibiotique (sauf avis de votre médecin)

<p><u>معدات</u> <b>Matériel :</b></p>	<p><u>كيفية جمع البول</u> Protocole de recueil :</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• علبة تحليل معقمة <i>Un flacon stérile</i></li> <li>• مطهر موضعي <i>Un antiseptique local</i></li> <li>• هذه الورقة <i>Cette fiche</i></li> <li>• كيس يحتوي على جنبيين <i>Un sachet double poche</i></li> <li>• مربعا ماصة (اتركه داخل الكيس مفيدا في أثناء نقل) <i>Un carré absorbant (à laisser dans le sachet, utile lors du transport)</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• يفضل أن يكون البول الأول في الصباح أو بعد أكثر من 3 ساعات من البول السابق <i>De préférence sur les premières urines du matin ou à distance de plus de 3 heures de la miction précédente.</i></li> <li>• غسل اليدين <i>Se laver les mains</i></li> <li>• القيام بتنظيف فتحة مجرى البول بعناية (بالصابون أو المطهر) <i>Faire une toilette soignée du méat urinaire (savon ou lingette antiseptique fournie)</i></li> <li>• يتم البول الأول في المراض <b>Uriner le premier jet dans les toilettes</b></li> <li>• يتم البول الثاني في العلبة ثم يتم إغلاقها بإحكام <b>Uriner ensuite dans le flacon et le fermer hermétiquement</b></li> <li>• القيام بتسجيل البيانات الخاصة على العلبة: الإسم العائلي والشخصي وتاريخ الولادة <i>Identifier le flacon avec Nom, Prénom, date de naissance du patient</i></li> <li>• يتم وضع العلبة داخل الكيس <i>Le placer à l'intérieur du sachet double poche</i></li> <li>• ثم يغلق باللصاق <i>Fermer la poche avec l'adhésif</i></li> <li>• بعد ملأ هذه الورقة بعناية يجب وضعها في الجنب الخارجي للكيس <i>Remplir cette fiche et la placer dans la poche extérieure du sachet</i></li> </ul>

