



FORMULAIRE DE PRECONISATIONS ET RENSEIGNEMENTS CLINIQUES RECUEIL DU PREMIER JET URINAIRE

Page 2 sur 5

MU-PREA-FE-009
Version : 03

PRECONISATIONS

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

Matériel :	Protocole de recueil :
<ul style="list-style-type: none">Un flacon stérileUn antiseptique localCette ficheUn sachet double pocheUn carré absorbant (à laisser dans le sachet)	<ul style="list-style-type: none">De préférence sur les premières urines du matin ou à distance de plus de 3 heures de la miction précédente.Se laver les mainsFaire une toilette soigneuse du méat urinaire (savon ou lingette antiseptique fournie)Uriner le premier jet (< 10ml) dans le flacon et le fermer hermétiquementIdentifier le flacon avec Nom, Prénom, date de naissance du patientLe placer à l'intérieur du sachet double pocheFermer la poche avec l'adhésifRemplir cette fiche et la placer dans la poche extérieure du sachet

INFORMATIONS A REMPLIR PAR LE PATIENT

NOM : Nom de jeune fille :

Prénom :

Date de naissance :

DATE DU RECUEIL :

HEURE DU RECUEIL :

INDICATIONS:

- Recherche de **Mycoplasme**
- Recherche de **Chlamydiae**
- Recherche de **Gonocoque par PCR**
- Controle post-traitement**
- Autre :**

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

Grossesse	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Brulures urinaires	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Fièvre	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Greffe rénale	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Chimiothérapie	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Pré-opératoire	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Geste urologique invasif programmé	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Traitement antibiotique en cours	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non Si oui, lequel :
Antibiotiques à prendre après ce recueil :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non Si oui, lequel :

Transport rapide au laboratoire : à T°C ambiante **MAXIMUM 2 heures**
 si conservation à 4°C **MAXIMUM 6 heures**

CADRE RESERVE AU LABORATOIRE

HEURE DE RECEPTION :

ETIQUETTE
CODE-BARRE



**FORMULAIRE DE PRECONISATIONS ET
RENSEIGNEMENTS CLINIQUES
RECUEIL DU PREMIER JET URINAIRE**

Page 3 sur 5

MU-PREA-FE-009
Version : 03

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">• A sterile container• Local antiseptic• This document• A double pocket plastic bag• Absorbent paper (leave it in the plastic bag)	<ul style="list-style-type: none">• Collect first morning specimen or if not possible then collect urine at least 3 hours or more after you went to the toilet last• Wash your hands• Clean the area around the urethra with the antiseptic wipe provided or with soap and water• Collect first stream urine (< 10ml) in the sterile container and screw the lid tightly shut• Write your name and date of birth on the container• Place the container inside the double pocket plastic bag• Close the plastic bag with care (adhesive)• Fill in this document and place it in the side pocket of the plastic bag

TO BE FILLED IN BY THE PATIENT

SURNAME :

Name at birth :

First name :

Date of birth :

DATE of urine collection : TIME OF URINE COLLECTION

:

PRESCRIPTION :

- Screening for **Mycoplasma**
- Screening for **Chlamydiae**
- Screening for **Neisseria gonorrhoeae with PCR method**
- Check-up after antibiotic treatment**
- Autre :**

CLINICAL INFORMATION :

Pregnancy yes no

Burning feeling when urinating yes no

Fever yes no

Kidney transplant yes no

Chemotherapy yes no

Before surgery yes no

Programmed invasive urological procedure yes no

Ongoing antibiotic treatment yes no If yes, which one :

Antibiotic treatment to be taken after this urine collection : yes no If yes, which one :

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

HEURE DE RECEPTION :

**ETIQUETTE
CODE-BARRE**

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> Matériel :</p>	<p><u>كيفية جمع البول</u> Protocole de recueil :</p>
<ul style="list-style-type: none"> • علبة تحليل معقمة <i>Un flacon stérile</i> • مطهر موضعي <i>Un antiseptique local</i> • هذه الورقة <i>Cette fiche</i> • كيس يحتوي على جنبين <i>Un sachet double poche</i> • مربعا ماصة (اتركه داخل الكيس; مفيدا في أثناء نقل) <i>Un carré absorbant (à laisser dans le sachet, utile lors du transport)</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • 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> • غسل اليدين <i>Se laver les mains</i> • القيام بتنظيف فتحة مجرى البول بعناية (بالصابون أو المطهر) <i>Faire une toilette soigneuse du méat urinaire (savon ou lingette antiseptique fournie)</i> • وضع البول الأول في العلبة ثم يتم إغلاقها بإحكام Uriner le premier jet (<10ml) dans le flacon et le fermer hermétiquement • القيام بتسجيل البيانات الخاصة على العلبة: الإسم العائلي والشخصي وتاريخ الولادة <i>Identifier le flacon avec Nom, Prénom, date de naissance du patient</i> • يتم وضع العلبة داخل الكيس <i>Le placer à l'intérieur du sachet double poche</i> • ثم يغلق باللصاق <i>Fermer la poche avec l'adhésif</i> • 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>

معلومات يجب إكمالها من قبل المريض

INFORMATIONS À REMPLIR PAR LE PATIENT

<p>الاسم العائلي: NOM الاسم الشخصي: Prénom</p> <p>تاريخ الولادة: Date de naissance</p> <p>تاريخ الجمع DATE DE RECUEIL</p> <p>إشارة Indication</p> <p><input type="checkbox"/> الأبحاث عن مكوبلاسم <i>Recherche de Mycoplasme</i></p> <p><input type="checkbox"/> الأبحاث عن كلاميديا <i>Recherche de Chlamydiae</i></p> <p><input type="checkbox"/> الأبحاث عن كئوكوك ب. PCR <i>Recherche de Gonocoque par PCR</i></p> <p><input type="checkbox"/> مراقبة بعد العلاج <i>Contrôle post-traitement</i></p> <p><input type="checkbox"/> حدث آخر: <i>Autre</i></p>	<p><input type="checkbox"/> لا <i>Non</i></p> <p><input type="checkbox"/> نعم <i>Oui</i></p> <p><input type="checkbox"/> لا <i>Non</i></p> <p><input type="checkbox"/> نعم <i>Oui</i></p> <p><input type="checkbox"/> لا <i>Non</i></p> <p><input type="checkbox"/> نعم <i>Oui</i></p> <p><input type="checkbox"/> لا <i>Non</i></p> <p><input type="checkbox"/> نعم <i>Oui</i></p> <p><input type="checkbox"/> لا <i>Non</i></p> <p><input type="checkbox"/> نعم <i>Oui</i></p> <p><input type="checkbox"/> لا <i>Non</i></p> <p><input type="checkbox"/> نعم <i>Oui</i></p> <p><input type="checkbox"/> لا <i>Non</i></p> <p><input type="checkbox"/> نعم <i>Oui</i></p>	<p>الاسم العائلي عند الولادة: Nom de jeune fille :</p> <p>ساعة الجمع HEURE DE RECUEIL : المعلومات السريرية Renseignements cliniques حمل <i>Grossesse</i></p> <p>الإحساس بحروق عند البول <i>Brulures urinaires</i></p> <p>حمى <i>Fièvre</i></p> <p>زرع كلوي <i>eGreffes rénale</i></p> <p>علاج كيميائي، مناعة <i>Chimiothérapie, immunodépression</i></p> <p>قبل الجراحة <i>Pré-opératoire</i></p> <p>لفتة بولية مبرمجة <i>Geste invasif urologique programmé</i></p> <p>هل تناول المضادات الحيوية <i>Traitement antibiotique en cours</i></p> <p>إذا نعم، ماهو وما هي الجرعة والمدة: <i>Si oui, lequel posologie + durée</i></p> <p>هل سوف تناول المضادات الحيوية بعد هذا البول <i>Antibiotiques à prendre après ce recueil</i></p> <p>إذا نعم، ماهو وما هي الجرعة والمدة: <i>Si oui, lequel posologie + durée</i></p>
---	--	---

النقل السريع إلى المختبر:

Transport rapide au laboratoire

كحد أقصى 2 ساعات إذا احتفظ البول في درجة حرارة الغرفة

à T°C ambiante MAXIMUM 2 heures

6 ساعات إذا احتفظ به في 4 درجات

si conservation à 4°C MAXIMUM 6 heures

CADRE RESERVE AU LABORATOIRE

HEURE DE RECEPTION :

ETIQUETTE

CODE-BARRE