



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

Page 2 sur 5

MU-PREA-FE-009  
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)</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 soignée du méat urinaire (savon ou lingette antiseptique fournie)</li><li>• <b>Uriner le premier jet (&lt; 10ml) 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 DU RECUEIL :** **HEURE DU RECUEIL :**

**INDICATIONS:**

- Recherche de **Mycoplasme**
- Recherche de **Chlamydiae**
- Recherche de **Gonocoque par PCR**
- Contrôle post-traitement**
- ECBU 1<sup>er</sup> jet**
- 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 pour les ECBU:**  à T°C ambiante **MAXIMUM 2 heures**  
 si conservation à 4°C **MAXIMUM 6 heures**  
**pour les ISTURI:**  à T°C ambiante **MAXIMUM 8 heures**  
 si conservation à 4°C **MAXIMUM 7 jours**

## CADRE RESERVE AU LABORATOIRE

HEURE DE RECEPTION :

ETIQUETTE  
CODE-BARRE