

Prélèvement recueilli le : ____ / ____ / ____ à ____ H ____

Nom :

Prénom :

Nom de naissance :

Date de naissance :

____ / ____ / ____

Sexe : M / F

Téléphone :

Type de rendu :

 Mail ↓ / Laboratoire / Pharmacie / Poste

.....@.....

Adresse :

N° SECURITE SOCIALE : / / / / / //

Nom du centre S.S. :

Mutuelle :

Renseignements cliniques

Êtes-vous enceinte ?

 OUI NONPrenez-vous un traitement antibiotique ? OUI NON

si oui lequel depuis le / /

Êtes-vous atteint de mucoviscidose (si analyse de crachats) ?

 OUI NON

Recueil d'un échantillon d'urine (protéinurie, glycosurie, créatininurie...) :

- de préférence sur urines du matin, à jeun
- Identifier le flacon en notant le nom, prénom la date et l'heure du recueil
- Conserver le flacon au réfrigérateur entre 2°C et 8°C et l'acheminer dès que possible au laboratoire et au maximum dans les 8h

Initiales :

Réservé au laboratoire

étiquette