

Examen cyto bactériologique des urines

1. Le recueil doit être fait si possible **sur les premières urines du matin, 4h après la dernière miction** et avant toute prise d'antibiotiques (sauf avis médical).

2. Se laver soigneusement les mains.

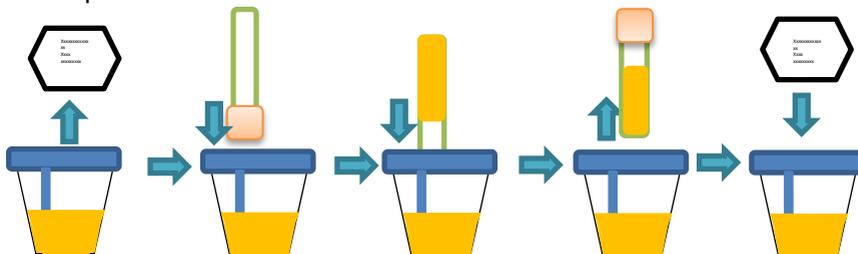


3. Faire une toilette intime des organes génitaux, du méat urinaire, du gland ou de la région vulvaire de l'avant vers l'arrière à l'aide d'un antiseptique. Essuyer l'excès d'antiseptique avec une compresse stérile.

4. Ouvrir le flacon, uriner un premier jet dans les toilettes puis dans le flacon, fermer le flacon hermétiquement et essuyer l'extérieur le cas échéant. **Identifier le flacon et préciser la Date et l'Heure de miction sur l'étiquette.**



5. Retirer l'étiquette du couvercle, insérer le tube dans l'orifice, bouchon vers le bas, appuyer légèrement afin que le tube se remplisse puis le retirer et replacer l'étiquette sur l'orifice. Noter le Nom et Prénom sur le tube



6. Compléter les informations au verso, **mettre le flacon et le tube** identifiés accompagnés de ce bon dans le sachet fourni et l'acheminer dès que possible et au maximum dans les 24h



Ne pas toucher l'aiguille présente dans l'orifice du flacon

En cas de recherche de *Chlamydia trachomatis*, mycoplasmes uro-génitaux, *Neisseria gonorrhoeae*, mycobactéries ou lors d'une suspicion de prostatite : le recueil est à réaliser sur le 1^{er} jet.

Pour une recherche de mycobactéries (BK) ou une suspicion de prostatite, 3 recueils sur 3 jours sont souhaitables

Examen cytobactériologique des urines

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 (rayez la mention inutile)

Prenez-vous un traitement antibiotique ? OUI NON

si oui lequel depuis le / /

Avez-vous des brûlures à la miction ? OUI NON

Portez-vous une sonde urinaire ? OUI NON

Êtes-vous enceinte ? OUI NON

Initiales :

Réservé au laboratoire

étiquette