	Fiche de renseignements ECBU		
	REFERENCE : C3-ENR21	VERSION : 4.1	APPLICATION : 2018-05-03

Voir fiche ci-dessous.

Rédaction : PIQUET YVES	Validation : MONNEROUX PHILIPPE 2018-04-26	Approbation : JOBART ROMUALD 2018-04-26	Edité le : 27 avril 2018
-----------------------------------	---	--	------------------------------------

Recueil des urines pour ECBU

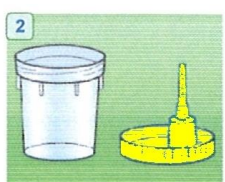
Recueil

Conditions de recueil
A réaliser de préférence :

- **4 heures** après la miction précédente
- **avant tout traitement antibiotique**



Bien se laver les mains, puis effectuer une toilette intime



Dévisser le couvercle et le poser sur une surface plane. Ne pas toucher la canule du couvercle



Recueillir les urines « milieu de jet »
- Uriner un peu dans les toilettes
- Puis uriner dans le flacon



Bien revisser le couvercle

Vérification du volume

Attention !

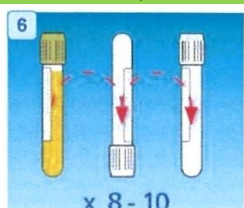
Si le niveau de remplissage du pot est inférieur au ¼ du volume TOTAL

Vous ne devez pas remplir le tube :
- Ramener le pot au laboratoire dans les 2h
(si ce n'est pas possible, vous pouvez conserver le pot au maximum 12h au réfrigérateur)

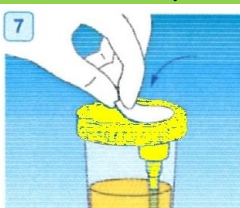
Comment remplir les tubes : marron en premier, vert en second.
(Si le niveau de remplissage est SUFFISANT / minimum ¼ du volume total)



Retirer l'étiquette de protection. Placer le tube bouchon marron dans l'orifice jusqu'à perforation du bouchon du tube. Attendre le remplissage complet puis renouveler l'opération avec le tube vert.



Retirer les tubes remplis
Homogénéiser par 8 à 10 retournements



Repositionner l'étiquette de protection

Identifier les tubes et le pot d'urines : Nom, prénom et date de naissance
Compléter la fiche de renseignements ci-contre.
Placer LES TUBES et LE POT dans le sachet, le fermer.
Glisser cette fiche de renseignements et l'ordonnance dans la poche latérale.
Laisser à **température ambiante** et apporter le tout au laboratoire le plus rapidement possible ou sinon les placer au réfrigérateur pendant 12 h maximum.

Date et heure de recueil : / / à h

Mode de recueil 1^{er} jet milieu de jet sur sonde à demeure

sonde aller retour par poche (nourisson) Autre :

Conservation du flacon température ambiante réfrigérateur (4°C)

Renseignements médicaux

Pourquoi faites-vous un ECBU ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Absence de symptômes | <input type="checkbox"/> Douleur (abdominale, rénale, bas ventre) |
| <input type="checkbox"/> Brûlures, envie fréquente d'uriner | <input type="checkbox"/> Chirurgie urologique récente |
| <input type="checkbox"/> Fièvre | <input type="checkbox"/> Contrôle après traitement |
| <input type="checkbox"/> Grossesse | <input type="checkbox"/> Contrôle avant intervention |
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Chimiothérapie |
| <input type="checkbox"/> Autre cas : | |

Traitement antibiotique ?

- OUI NON
- En cours A débiter Nom du médicament

IDENTIFICATION DU PATIENT

M^{lle} M^{me} M^r

Nom : Prénom :

Nom de naissance :

Sexe : M F Né(e) le :

Adresse :

Tél (important) :

Renseignements administratifs (si non communiqués)

Caisse : N° SS :
Assuré : Né(e) le :
N°AMC :