

# RECUEIL D'URINE POUR ECBU



Instructions d'utilisation d'un flacon avec prise sous-vide

Passer à l'étape 2 uniquement si le flacon contient **20 mL** d'urines au minimum.

**⚠ Si volume inférieur à 20 mL : Conserver au réfrigérateur et déposer dans les 12 heures**

## 2<sup>ème</sup> étape :

La stabilisation par le patient ou professionnel de santé rapidement après le recueil

## 1<sup>ère</sup> étape : Le recueil À domicile



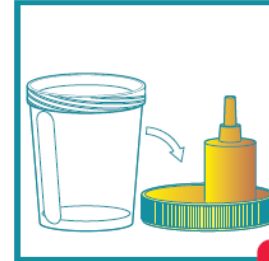
Se laver soigneusement les mains

1

Procéder à une toilette intime avec 1 lingette nettoyante



2



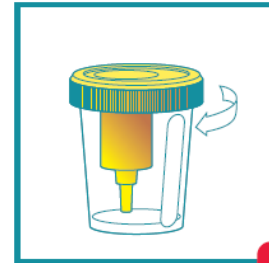
3

Déboucher le flacon  
Poser le bouchon à l'envers sur une surface propre  
**Ne pas toucher l'intérieur du flacon ou du bouchon**

a. Commencer à uriner le 1<sup>er</sup> jet dans les toilettes  
b. Puis dans le flacon sans dépasser le niveau « MAX »



4



5

Revisser le bouchon

**⚠ Indiquer vos NOM, Prénom et Date de naissance sur le flacon et le tube**

Agiter doucement le flacon



6



7

Soulever partiellement l'étiquette protectrice (ne pas l'enlever complètement)

Utiliser le tube sous-vide C&S Boric Acid du kit  
Remplissage jusqu'au trait « Min. »



8a



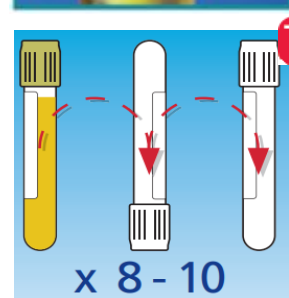
8b

Insérer le tube sous-vide en exerçant une pression suffisante  
Maintenir le tube en position jusqu'à son remplissage complet

Retirer le tube et recoller entièrement l'étiquette protectrice



9



10

Pour le tube contenant de l'acide borique :

**Retourner délicatement 8 à 10 fois**

**Donner au laboratoire le flacon + le tube**  
**Obligatoirement**



## Merci de remplir toutes les rubriques ci-dessous

Nom de naissance : .....

Sexe :  F  M

1<sup>er</sup> Prénom (de naissance) : .....

Né(e) le : ..... / ..... / .....

Nom d'usage : .....

Portable : .....

Lieu de naissance : .....

*Portable obligatoire si résultats par mail*

**⚠ Indiquer vos NOM, Prénom et date de naissance sur le flacon et le tube**

**Urines recueillies le :**      /      /      **à**      **h**

Adresse + Ville : .....

.....

Mail : .....

*Les résultats sont systématiquement envoyés au patient via mon espace santé (arrêté du 26 avril 2022)*

Caisse Sécurité Sociale : .....

N° SS : ..... / .....

Mutuelle : ..... N° AMC : ..... N° Adhérent : .....

Document à joindre à  
l'ordonnance

Zone réservée au laboratoire

### Renseignements sur le prélèvement

2<sup>ème</sup> jet     1<sup>er</sup> jet (*non recommandé*)     Pose d'une poche enfant     Penilex

Autosondage     Sondage aller/retour (évacuateur)

Après clampage de sonde (date de pose de la sonde le ..... / ..... / ..... )

Autre type de prélèvement : .....

**Conservation :**     4°C     T°C ambiante     tube avec conservateur

Tampon pharmacie si transmis

### Renseignements Cliniques

- Prenez-vous ou avez-vous pris dans les 7 jours précédents un antibiotique ?

Non     Oui    Si oui, lequel ? .....

- Pour les femmes : Etes-vous enceinte ?     Non     Oui

Date des Dernières Règles : ..... / ..... / .....

- Avez-vous d'autres signes que les symptômes urinaires ?

Fièvre     Frissons     Douleurs lombaires     Autre .....

- Avez-vous une pathologie urologique connue ?     Non     Oui

Si oui laquelle : .....

- Y a-t-il un contexte opératoire ?     Non     Si oui →  Préopératoire     Postopératoire

