

Recueil d'urines pour recherche de Chlamydia/Gonocoque et/ou Mycoplasmes

Consignes pour assurer la qualité du recueil :

De préférence au lever :

- 1) Se laver les mains.
Pour la recherche de Chlamydia/Gonocoque : la présence de sang peut fausser le résultat : il est conseillé aux femmes en période de menstruation d'appliquer un tampon avant le recueil. Quelle qu'en soit la raison, ne RIEN appliquer sur la zone uro-génitale avant le recueil.
- 2) Collecter le premier jet de la première urine du matin (ou à défaut après 1h sans miction) dans le flacon stérile (sans conservateur) fourni par le laboratoire (**attention au volume du recueil** : impérativement **10 à 20 ml** d'urine – ni plus, ni moins – respecter le marquage) et le refermer soigneusement pour éviter qu'il ne se vide lors du transport.
- 3) Identifier le flacon avec votre nom, prénom et date de naissance si cela n'a pas été fait par le laboratoire et date et heure du recueil. **Noter "n°1"** sur ce flacon si vous le déposez le même jour que d'autres échantillons d'urine.

Le flacon doit être acheminé au laboratoire dans les **plus brefs délais**. Pour la recherche de mycoplasmes, conserver les urines au réfrigérateur en attendant.

Contactez le laboratoire pour tout renseignement : bioxa.fr

Questionnaire au verso à remplir impérativement 

Merci de remplir toutes les rubriques ci-dessous

Nom d'usage : Sexe : F M

Nom de naissance : Né(e) le : ____ / ____ / ____

Prénom : Tél :
Portable obligatoire si résultats par mail

Adresse :

Caisse Sécurité Sociale : N° SS :/.....

Mutuelle : N° AMC :

N° Adhérent :

Prescription :

Ordonnance : Oui → Ci jointe OU Au laboratoire BIOXA (transmise le :))

NON → Examen demandé:

Attention, transmettre une ordonnance pour toute prise en charge

Résultats :

INTERNET → Email (en majuscule):@.....

Au laboratoire A poster

Renseignements sur le prélèvement

Conservation : 4°C (impératif pour les mycoplasmes urinaires)

T°C ambiante

Renseignements Cliniques

- Signe (s) d'infection (écoulements, brûlures, etc.) : Oui Non

Si oui précisez :

- Traitement (s) en cours : Oui Non Contrôle après traitement

Précisez (nom, délai, date d'arrêt, etc.) :

Tampon pharmacie si transmis

**Document à joindre à
l'ordonnance**

Zone réservée au laboratoire