

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

Consignes pour assurer la qualité du recueil d'urines :

De préférence au lever le matin ou au minimum 1 heure sans uriner

- 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 uriner) dans le flacon stérile (sans conservateur) fourni par le laboratoire (**attention au volume du recueil** : impérativement **10 à 30 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.
- 4) 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 **la journée**.

Contactez le laboratoire pour tout renseignement : bioxa.fr

Questionnaire au verso à remplir impérativement ➔

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

Consignes pour assurer la qualité du recueil d'urines :

De préférence au lever le matin ou au minimum 1 heure sans uriner

- 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 uriner) dans le flacon stérile (sans conservateur) fourni par le laboratoire (**attention au volume du recueil** : impérativement **10 à 30 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.
- 4) 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 **la journée**.

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

Date et heure de prélèvement :
Le/...../..... àH.....

Résultats :

INTERNET → Email (en majuscule):@.....
 Au laboratoire A poster

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/ identité
Professionnel de santé si transmis**

Document à joindre à l'ordonnance
Zone réservée au laboratoire

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

Date et heure de prélèvement :
Le/...../..... àH.....

Résultats :

INTERNET → Email (en majuscule):@.....
 Au laboratoire A poster

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/ identité
Professionnel de santé si transmis**

Document à joindre à l'ordonnance
Zone réservée au laboratoire