



Fiche de renseignements pour ECBU

MU-C2-ENR-006-06

**Merci de remplir cette fiche et de nous la remettre avec le prélèvement
(Identifier le prélèvement avec nom, prénom et date de naissance)**

Ces renseignements nous aideront à une meilleure prise en charge de vos analyses

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Réservé labo

Etiquette GED

- Date et heure du recueil d'urines :
- Avez-vous mis vos urines au réfrigérateur ? oui non
- Si transfert dans tube boraté, heure du transfert :
- Mode de recueil de l'échantillon :

<input type="checkbox"/> Urines de milieu de jet	<input type="checkbox"/> Sur dispositif collecteur (poche nourrisson, collecteur pénien, urétérostomie, cathéter sus-pubien à demeure)
<input type="checkbox"/> Urines de premier jet	
<input type="checkbox"/> Sur sonde à demeure	
<input type="checkbox"/> Par sondage extemporané	

• Pour les femmes : êtes-vous enceinte ? Non Oui, de mois

• Quelle est la raison de la réalisation de cet examen ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Symptômes de cystite aiguë (envie fréquente d'uriner, douleurs/ brûlures en urinant, urines troubles) | <input type="checkbox"/> Douleurs pelviennes |
| <input type="checkbox"/> Cystites récidivantes | <input type="checkbox"/> Examen de dépistage : |
| <input type="checkbox"/> Cystite résistante à un traitement antibiotique | <input type="checkbox"/> dans le cadre de la grossesse |
| <input type="checkbox"/> Fièvre | <input type="checkbox"/> avant chirurgie prostatique, urologique ou bilan urodynamique |
| <input type="checkbox"/> Douleur des fosses lombaires | <input type="checkbox"/> avant chirurgie autre |
| | <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :
.....
..... |

• Avez-vous pris un traitement antibiotique dans les 5 derniers jours ?

Non Oui, nom de l'antibiotique.....

Dates et durée de traitement :



Fiche de renseignements pour ECBU

MU-C2-ENR-006-06

**Merci de remplir cette fiche et de nous la remettre avec le prélèvement
(Identifier le prélèvement avec nom, prénom et date de naissance)**

Ces renseignements nous aideront à une meilleure prise en charge de vos analyses

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Réservé labo

Etiquette GED

- Date et heure du recueil d'urines :
- Avez-vous mis vos urines au réfrigérateur ? oui non
- Si transfert dans tube boraté, heure du transfert :
- Mode de recueil de l'échantillon :

<input type="checkbox"/> Urines de milieu de jet	<input type="checkbox"/> Sur dispositif collecteur (poche nourrisson, collecteur pénien, urétérostomie, cathéter sus-pubien à demeure)
<input type="checkbox"/> Urines de premier jet	
<input type="checkbox"/> Sur sonde à demeure	
<input type="checkbox"/> Par sondage extemporané	

• Pour les femmes : êtes-vous enceinte ? Non Oui, de mois

• Quelle est la raison de la réalisation de cet examen ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Symptômes de cystite aiguë (envie fréquente d'uriner, douleurs/ brûlures en urinant, urines troubles) | <input type="checkbox"/> Douleurs pelviennes |
| <input type="checkbox"/> Cystites récidivantes | <input type="checkbox"/> Examen de dépistage : |
| <input type="checkbox"/> Cystite résistante à un traitement antibiotique | <input type="checkbox"/> dans le cadre de la grossesse |
| <input type="checkbox"/> Fièvre | <input type="checkbox"/> avant chirurgie prostatique, urologique ou bilan urodynamique |
| <input type="checkbox"/> Douleur des fosses lombaires | <input type="checkbox"/> avant chirurgie autre |
| | <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :
.....
..... |

• Avez-vous pris un traitement antibiotique dans les 5 derniers jours ?

Non Oui, nom de l'antibiotique.....

Dates et durée de traitement :