

NOM :
 PRÉNOM :
 Date de naissance : __ / __ / ____

Réservé labo
 Etiquette GED

MODE DE RECUEIL :

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Milieu de jet (MJ) | <input type="checkbox"/> 1 ^{er} jet (U1J) | <input type="checkbox"/> Urétérostomie (URET) |
| <input type="checkbox"/> Sonde à demeure (SAD) | | <input type="checkbox"/> Cathéter urétral (CATH) |
| <input type="checkbox"/> Sondage extemporané (SON) | | <input type="checkbox"/> Ponction sus-pubienne (SUSP) |
| <input type="checkbox"/> Poche nourrisson/ collecteur pénien (COLL) | | |

GROSSESSE : Non Oui, de mois

RAISON(S) DE L'EXAMEN :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Signes d'infection urinaire :
- Envie fréquente d'uriner
- Brûlures en urinant
- Urines troubles / mauvaise odeur
- Fièvre
- Douleur reins ET/OU bas ventre
- Fuites urinaires | <input type="checkbox"/> Examen de SURVEILLANCE :
<input type="checkbox"/> Grossesse
<input type="checkbox"/> Après traitement
<input type="checkbox"/> Avant examen urologique
<input type="checkbox"/> Avant chirurgie
<input type="checkbox"/> Diabète |
| <input type="checkbox"/> Infections à répétition | <input type="checkbox"/> Autre :..... |
| <input type="checkbox"/> Infection résistante à un traitement antibiotique | <input type="checkbox"/> Je ne sais pas |

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

Non Oui, lequel ?.....

Durée du traitement :

• Commencez-vous un traitement antibiotique **APRÈS CE RECUEIL** ?

Non Oui

NOM :
 PRÉNOM :
 Date de naissance : __ / __ / ____

Réservé labo
 Etiquette GED

MODE DE RECUEIL :

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Milieu de jet (MJ) | <input type="checkbox"/> 1 ^{er} jet (U1J) | <input type="checkbox"/> Urétérostomie (URET) |
| <input type="checkbox"/> Sonde à demeure (SAD) | | <input type="checkbox"/> Cathéter urétral (CATH) |
| <input type="checkbox"/> Sondage extemporané (SON) | | <input type="checkbox"/> Ponction sus-pubienne (SUSP) |
| <input type="checkbox"/> Poche nourrisson/ collecteur pénien (COLL) | | |

GROSSESSE : Non Oui, de mois

RAISON(S) DE L'EXAMEN :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Signes d'infection urinaire :
- Envie fréquente d'uriner
- Brûlures en urinant
- Urines troubles / mauvaise odeur
- Fièvre
- Douleur reins ET/OU bas ventre
- Fuites urinaires | <input type="checkbox"/> Examen de SURVEILLANCE :
<input type="checkbox"/> Grossesse
<input type="checkbox"/> Après traitement
<input type="checkbox"/> Avant examen urologique
<input type="checkbox"/> Avant chirurgie
<input type="checkbox"/> Diabète |
| <input type="checkbox"/> Infections à répétition | <input type="checkbox"/> Autre :..... |
| <input type="checkbox"/> Infection résistante à un traitement antibiotique | <input type="checkbox"/> Je ne sais pas |

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

Non Oui, lequel ?.....

Durée du traitement :

• Commencez-vous un traitement antibiotique **APRÈS CE RECUEIL** ?

Non Oui