

Réservé pharmacien

Heure d'arrivée en pharmacie :

.....h.....

Fiche à remplir par le patient

ATTENTION : TOUT PRELEVEMENT NON IDENTIFIE SERA REFUSE

<p>Nom :</p> <p>Nom de naissance :</p> <p>Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F</p> <p>N° Sécurité sociale :</p> <p>Caisse : Mutuelle (N° AMC) :</p> <p>Adresse complète (si transmission au laboratoire) :</p> <p>Reprise des résultats : <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Pharmacie <input type="checkbox"/> Laboratoire <input type="checkbox"/> A poster</p> <p><input type="checkbox"/> Adresse électronique (mail sécurisée) :</p> <p><i>Les urines se conservent 24h au réfrigérateur pour les ECBU. Conservation à température ambiante très courte (< 2h)</i> Ramenez rapidement votre flacon au laboratoire</p>	<p>Prénom :</p> <p>Né(e) le :</p> <p>Tél :</p>	<p>Réservé labo</p> <p>Etiquette patient</p>
--	---	--

CONDITIONS DE RECUEIL

<p>Date recueil des urines :</p> <p>Recueil réalisé : <input type="checkbox"/> Au domicile <input type="checkbox"/> Au laboratoire</p> <p>Toilette intime avant le recueil ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Conservation des urines après le recueil : <input type="checkbox"/> Au réfrigérateur (conseillé) <input type="checkbox"/> A température ambiante</p> <p><input type="checkbox"/> Urines de premier jet (Recherche de chlamydiae, gonocoque, mycoplasme...)</p> <p><input type="checkbox"/> Urines de milieu de jet pour ECBU (Privilégier le recueil des urines du matin ou ne pas uriner pendant 4h avant le recueil)</p> <p>Pour les femmes, êtes-vous enceinte ? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI, de mois</p> <p>Pour les femmes, indiquez la date des dernières règles :</p> <p>Êtes-vous diabétique ? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI</p> <p>En cas de transfert dans un tube boraté, date et heure du transfert :</p>	<p>Heure de recueil des urines :</p>
--	---

<p>A remplir uniquement si le recueil concerne un cas particulier :</p> <p><input type="checkbox"/> Dispositif collecteur <input type="checkbox"/> Poche nourrisson. Si oui, durée de pose : minutes <input type="checkbox"/> Etui pénien</p> <p><input type="checkbox"/> Dispositif endo-urinaire</p> <p>- Drainage vessie : <input type="checkbox"/> Sondage aller-retour <input type="checkbox"/> Sonde vésicale à demeure après changement de sonde <input type="checkbox"/> Ponction sus-pubienne</p> <p>- Drainage rein : <input type="checkbox"/> Sondage urétéral (sonde JJ) <input type="checkbox"/> Néphrostomie (pyélostomie) <input type="checkbox"/> Rein droit <input type="checkbox"/> Rein gauche</p> <p><input type="checkbox"/> Urétérostomie de type BRICKER <input type="checkbox"/> Néovessie <input type="checkbox"/> Autres, précisez :</p>

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES (Essentiels pour l'interprétation de votre analyse)

<p>Signes cliniques :</p> <p><input type="checkbox"/> Signes probables d'infection urinaire (brûlures, mictions fréquentes)</p> <p><input type="checkbox"/> Suspicion de pyélonéphrites : Fièvre > 38°C, douleurs lombaires, douleurs pelviennes</p> <p><input type="checkbox"/> Examens de contrôle :</p> <p><input type="checkbox"/> Dépistage dans le cadre d'une surveillance</p> <p><input type="checkbox"/> Avant intervention chirurgicale / urologique. Si oui, date de l'intervention :</p> <p><input type="checkbox"/> Nouveau recueil pour contrôle</p> <p><input type="checkbox"/> Suspicion de calculs rénaux</p> <p><input type="checkbox"/> Antécédent de Bactérie Multi Résistante. Si oui :</p> <p><input type="checkbox"/> hospitalisation récente <input type="checkbox"/> voyage à l'étranger <input type="checkbox"/> Prise d'antibiotique dans les 6 mois</p> <p>Facteurs de risques de complication :</p> <p><input type="checkbox"/> Insuffisance rénale sévère (clairance < 30ml/mn) <input type="checkbox"/> Anomalie de l'arbre urinaire</p> <p><input type="checkbox"/> Immunodépression sévère <input type="checkbox"/> Capacité physique réduite</p> <p>Traitement antibiotique :</p> <p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Si oui, nom :</p> <p><input type="checkbox"/> Contrôle après traitement <input type="checkbox"/> Pris avant le recueil <input type="checkbox"/> A commencer après le recueil</p> <p>Nom de l'antibiotique : Date de la dernière prise :</p>
