

Recueillir **impérativement** dans un **pot stérile** si possible **avant tout traitement antibiotique**.
Se laver les mains.

☐ ECBU classique

- Recueil des premières urines du matin ou après une continence de 4h (sauf urgence)
- Faire une toilette intime à l'aide de savon, d'une solution antiseptique (type DAKIN) ou de la lingette fournie
 - * pour les femmes : grandes et petites lèvres d'avant en arrière
 - * pour les hommes : après décalottage (si possible pour les jeunes enfants)
- Éliminer le premier jet d'urines dans les toilettes puis recueillir le reste dans le flacon stérile.

☐ ECBU avec Urinocol - Nourrissons

- Allonger le nourrisson sur le dos
- Désinfecter soigneusement localement à l'aide d'une solution antiseptique (type DAKIN)
- Appliquer l'urinocol en massant pour garantir une bonne adhérence, afin de s'assurer que l'urine puisse couler librement à l'intérieur de la poche, sans contamination anale

L'urinocol doit être changé toutes les 30 minutes jusqu'à l'obtention des urines.

Après l'obtention des urines :

- Décoller doucement la poche et assurer son étanchéité en collant l'adhésif face à face
- Identifier l'urinocol et le placer dans un flacon

☐ Chlamydia et Mycoplasmes

- Sans toilette locale, recueil du premier jet dans le flacon au lever ou après un délai de continence de 2 h.

Dépôt du flacon au laboratoire : dans les 2h si stocké à température ambiante
 dans les 24h si stocké au réfrigérateur (entre +2 et +8°C)
 dans l'heure s'il s'agit d'un urinocol

Identifier le flacon en indiquant vos : Nom/Prénom/Date de naissance

DANS TOUS LES CAS : FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Remplir cette fiche et la rapporter au laboratoire avec le prélèvement

Nom : _____ Nom de naissance : _____
 Prénom : _____ Date de naissance : _____
 Patient non connu du laboratoire : adresse et téléphone : _____

Date de recueil : _____ Heure de recueil : _____

- | | Oui | Non |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Les urines ont été mises au réfrigérateur ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si oui, combien de temps _____ | | |
| • Avez-vous de la fièvre ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Avez-vous une sensation de brûlure ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Avez-vous une sonde à demeure ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Pour les femmes : êtes-vous enceinte ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Votre médecin a-t-il prescrit un antibiotique pour votre problème urinaire ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si oui, nom de l'antibiotique : _____ | | |
| • Avez-vous pris votre traitement avant le recueil ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • S'agit-il d'un examen de contrôle après un traitement antibiotique ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si oui, nom de l'antibiotique : _____ | | |
| date de fin de traitement : _____ | | |