

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 ? Si oui, combien de temps _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• 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 ? Si oui, nom de l'antibiotique : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• 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 ? Si oui, nom de l'antibiotique : _____ date de fin de traitement : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>