



NOM : Prénom : né(e) le :/...../.....

Préconisations de prélèvement	Renseignements
ECBU (EXAMEN CYTO BACTERIOLOGIQUE DES URINES)	
<ul style="list-style-type: none"> Se laver les mains. Faire une toilette soignée à l'aide de lingettes désinfectantes remises par le laboratoire ou à l'aide d'un savon antiseptique. Eliminer le premier jet d'urine dans les toilettes. Uriner ensuite dans le flacon stérile fourni par le laboratoire et le refermer soigneusement. Identifier le flacon avec vos nom et prénom si cela n'a pas été fait par le laboratoire ainsi que la date et heure de recueil. Le flacon doit être acheminé au laboratoire dans les 2 heures à température ambiante. Il peut être conservé au réfrigérateur (+4°C) maximum 12 heures. <input type="checkbox"/> Prélèvement sur borate <input type="checkbox"/> Prélèvement gardé au réfrigérateur (+ 4°C) 	Date du prélèvement : / / heure : : Brûlures à la miction Oui / Non Antibiothérapie en cours : Oui / Non Dépistage avant visite chez urologue Oui / Non Fièvre : Oui / Non Douleurs lombaires : Oui / Non Contrôle après traitement Oui / Non Grossesse : Oui / Non Examen avant cystographie : Oui / Non Greffe rénale : Oui / Non
COPROCULTURE ET EXAMEN PARASITOLOGIQUE DES SELLES	
<p><i>Cet examen est à effectuer, si possible, lors des épisodes diarrhéiques. Il est souhaitable de faire cet examen à distance de tout traitement, avec un régime sans résidu la veille du recueil.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Recueillir les selles dans le flacon stérile fourni par le laboratoire. Identifier le flacon avec vos nom et prénom si cela n'a pas été fait par le laboratoire. Noter la date et l'heure du recueil. Le flacon doit être acheminé au laboratoire dans les 2 heures pour la coproculture ou dans les 24h entre +2 et +8°C Le flacon doit être acheminé au laboratoire dans les 3 heures pour la parasitologie des selles 	Date du prélèvement : / / heure : : Fièvre : Oui / Non Douleurs abdominales : Oui / Non Diarrhée : Oui / Non Antibiothérapie en cours : Oui / Non
PRELEVEMENT VAGINAL / PRELEVEMENT URETRAL	
<ul style="list-style-type: none"> Prélèvement effectué par votre médecin ou votre gynécologue. Les écouillons doivent être acheminés au laboratoire dans les 2 heures. <input type="checkbox"/> Prélèvement sur milieu de transport 	Date du prélèvement : / / heure : : Douleurs bas ventre : Oui / Non Brûlures : Oui / Non Pertes : Oui / Non Démangeaisons : Oui / Non Odeurs : Oui / Non Grossesse : Oui / Non Antibiothérapie en cours : Oui / Non
ECBC (EXAMEN CYTO BACTERIOLOGIQUE DE CRACHAT)	
<ul style="list-style-type: none"> Prélèvement à réaliser lors d'un effort de toux, de préférence le matin, après rinçage de la bouche à l'eau. Identifier le flacon avec vos nom, prénom ainsi que la nature de l'échantillon. L'échantillon doit être acheminé au laboratoire dans les 2 heures. 	Date du prélèvement : / / heure : : Fièvre : Oui / Non Toux : Oui / Non Douleurs thoraciques : Oui / Non Antibiothérapie en cours : Oui / Non
PCR CHLAMYDIAE URINAIRES	
<ul style="list-style-type: none"> Ne pas avoir uriné dans les 2 heures précédant le prélèvement. Uriner, en recueillant bien le 1^{er} jet, dans le pot. 	Date du prélèvement : / / heure : : Ecoulements : Oui / Non Douleurs à la miction : Oui / Non Douleurs pelviennes aiguës : Oui / Non Antibiothérapie en cours : Oui / Non

Cadre réservé au laboratoire : _____

Réception au laboratoire : Date : _____

Heure : _____ Visa : _____