



**SYNERGIE - Laboratoire  
du Cap d'Or**  
1387 avenue des Anciens  
Combattants d'Indochine  
83500 LA SEYNE SUR  
MER

**Fiche de prélèvement  
bactériologique**

**C2-ENR-007-20**

Version : 20

Applicable le : 13-03-2025



NOM : ..... Prénom : ..... né(e) le : ...../...../.....

Préconisations de prélèvement	Renseignements
<b>ECBU (EXAMEN CYTO BACTERIOLOGIQUE DES URINES)</b>	
	Date du prélèvement : / / heure : :
<ul style="list-style-type: none"> <li>Se laver les mains.</li> <li>Faire une toilette soignée à l'aide de lingettes désinfectantes remises par le laboratoire ou à l'aide d'un savon antiseptique.</li> <li>Eliminer le premier jet d'urine dans les toilettes.</li> <li>Uriner ensuite dans le flacon stérile fourni par le laboratoire et le refermer soigneusement.</li> <li>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.</li> <li>Le flacon doit être acheminé au laboratoire dans <b>les 2 heures à température ambiante</b>. Il peut être conservé au réfrigérateur (+4°C) maximum 12 heures.</li> <li><input type="checkbox"/> Prélèvement sur borate</li> <li><input type="checkbox"/> <b>Mis au réfrigérateur à, préciser l'heure : :</b></li> </ul>	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 Sonde : ..... Oui / Non
<b>COPROCULTURE ET EXAMEN PARASITOLOGIQUE DES SELLES</b>	
	Date du prélèvement : / / heure : :
<p><i>Cet examen est à effectuer, si possible, lors des épisodes diarrhéiques, à distance de tout traitement, avec un régime sans résidu la veille du recueil.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Recueillir les selles dans le flacon stérile fourni par le laboratoire.</li> <li>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.</li> <li>Coproculture : Le flacon doit être acheminé au laboratoire <b>dans les 2 heures</b> à t° ambiante ou dans les <b>24h entre +2et+8°C</b></li> <li>Parasitologie des selles : Le flacon doit être acheminé au plateau technique <b>dans les 4 heures</b> à t° ambiante. Nécessité de 3 prélèvements de selles (délai de 3 jours entre deux prélèvements).</li> </ul>	Fièvre : ..... Oui / Non Douleurs abdominales : ..... Oui / Non Diarrhée : ..... Oui / Non Antibiothérapie en cours : ..... Oui / Non Voyage : ..... Oui / Non Médecine du travail : ..... Oui / Non
<b>PRELEVEMENT VAGINAL / PRELEVEMENT URETRAL</b>	
	Date du prélèvement : / / heure : :
<ul style="list-style-type: none"> <li>Prélèvement effectué par votre médecin, votre gynécologue, ou au laboratoire par le biologiste. (Les écouvillons doivent être acheminés au laboratoire <b>dans les 2 heures</b>).</li> <li>Si auto-prélèvement vaginal :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Introduire l'écouvillon avec précaution dans le vagin sur environ 5cm et tourner doucement 10 à 30 secondes.</li> <li>- Pour les petits tubes : introduire l'écouvillon dans le tube, casser la tige contre la paroi puis reboucher.</li> <li>- pour les grands tubes : introduire simplement l'écouvillon dans le tube.</li> <li>- Identifier le tube.</li> </ul> </li> </ul>	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
<b>ECBC (EXAMEN CYTO BACTERIOLOGIQUE DE CRACHAT)</b>	
	Date du prélèvement : / / heure : :
<ul style="list-style-type: none"> <li>Prélèvement à réaliser lors d'un effort de toux, de préférence le matin, après rinçage de la bouche à l'eau.</li> <li>Identifier le flacon avec vos nom, prénom ainsi que la nature de l'échantillon. L'échantillon doit être acheminé au laboratoire <b>dans les 2 heures</b>.</li> </ul>	Fièvre : ..... Oui / Non Toux : ..... Oui / Non Douleurs thoraciques : ..... Oui / Non Antibiothérapie en cours : ..... Oui / Non

Cadre réservé au laboratoire : \_\_\_\_\_

**Réception au laboratoire :** Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_ Visa : \_\_\_\_\_