

**Recommandations :** De préférence, recueillir les premières urines du matin au réveil ou s'abstenir d'uriner au moins pendant 3 heures. (En cas de crise, on peut recueillir les urines à n'importe quel moment de la journée). Il est préférable de recueillir les urines avant tout traitement antibiotique, sinon attendre au moins 48h00 après l'arrêt du traitement Antibiotique, sauf en cas de signes cliniques aigus et prescription de votre médecin

**Préconisations pour le recueil**

**Identifier le flacon** avec votre nom et prénom si cela n'a pas été fait par le laboratoire

**Rapporter les urines au laboratoire dans les 2h.** Si elles ne peuvent être rapportées immédiatement, les conserver maximum 2h à T° ambiante ou 12h00 au réfrigérateur.

**La durée habituelle d'obtention de résultats d'un ECBU est 48H**  
Compléter ci-dessous vos coordonnées et les renseignements demandés :



*Etiquette patient*

**NOM – Prénom – NOM de jeune fille : .....****Date de naissance : .... /..... /.....**  
**Date de prélèvement : .... /..... /.....** **Heure de recueil : .....h**

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES : (à remplir par le patient)										
<b>Modalités de prélèvement</b>	<input type="checkbox"/> Voies naturelles	<input type="checkbox"/> Sondage aller-retour	<input type="checkbox"/> Sonde à demeure	<input type="checkbox"/> Penilex	<input type="checkbox"/> Poche	<input type="checkbox"/> Non connue				
<b>Symptômes/contexte clinique</b>	<input type="checkbox"/> Fièvre	<input type="checkbox"/> Douleurs dans le bas du dos	<input type="checkbox"/> Brûlures urinaires	<input type="checkbox"/> Envie fréquente d'uriner						
	<input type="checkbox"/> Grossesse	<input type="checkbox"/> Bilan pré-opératoire	<input type="checkbox"/> Pas de symptômes							
<b>Délai de début des symptômes</b>	<input type="checkbox"/> 1j	<input type="checkbox"/> 2j	<input type="checkbox"/> 3j	<input type="checkbox"/> 4j	<input type="checkbox"/> 5j	<input type="checkbox"/> 1sem	<input type="checkbox"/> 2sem	<input type="checkbox"/> 3sem	<input type="checkbox"/> 1mois	<input type="checkbox"/> >1mois
<b>Antécédents d'infection urinaire</b>	<input type="checkbox"/> Non, jamais		<input type="checkbox"/> Oui, rarement		<input type="checkbox"/> Oui, plusieurs fois par an					
<b>Traitement antibiotique</b>	<input type="checkbox"/> Non, pas de traitement		<input type="checkbox"/> Oui, traitement terminé		<input type="checkbox"/> Oui, déjà commencé		<input type="checkbox"/> Oui, pas commencé			
<b>Nom de l'antibiotique ?</b>	<input type="checkbox"/> préciser: .....									