

Avant de réaliser un prélèvement de bactériologie, il est conseillé de consulter :

Le manuel de prélèvement



Chapitre 14-Préconisation pour la réalisation d'un prélèvement de bactériologie

Chapitre 15- Fiches de préconisation patient remis par le laboratoire

**Délai d'acheminement** vers le laboratoire le plus rapidement possible

< 2h



## LABORATOIRE

Avenue Simone Veil  
Boîte postale 30183  
31806 SAINT GAUDENS CEDEX

Tél : 05 62 00 44 50

Fax : 05 62 00 44 51

Ouvert au public

Du lundi au vendredi : 8h30-18h30

Samedi : 8h30-12h30



**Préparation patient et recueil de l'urine**  
*Hygiène et qualité dès le prélèvement*

1 Se laver les mains puis procéder à une toilette intime minutieuse en suivant la procédure du laboratoire. Ouvrir le pot de recueil.

2 Uriner le premier jet dans le WC puis recueillir l'urine dans le pot.

3 Refermer le pot.

**Ne pas soulever l'étiquette blanche.  
Ne pas toucher la canule intégrée.**

**BD**  
BD Diagnostics - Preanalytical Systems  
Becton Dickinson France S.A.S. Siège social : 11, rue Aristide Bergès - CS 60004 - 38801 Le Pont de Claix Cedex. Société par actions simplifiée au capital de 62 823 000 Euros.  
BD, le logo BD et Vacutainer sont la propriété de Becton, Dickinson & Company. © 2013 BD - ME\_UrinePat\_LAM\_0713

Pour que chacun vive en bonne santé

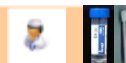


**Fiche de suivi médical externe**  
**Prélèvement urinaire et de microbiologie**

LABO-PREL-ENR-002-v03

Fiche de suivi médicale externe-Prélèvement urinaire et de microbiologie

## LE PRELEVEUR - LE PRELEVEMENT



Nom ou code pour le personnel du CHCP :

-----  
-----



Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_ h \_\_\_\_

OUI  NON  Préciser la raison : -----

## LE PATIENT



NOM : .....

Prénom : .....

Nom de naissance : .....

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sexe : F  M

Adresse : .....

.....

**N° Portable :** \_\_\_\_\_ Obligatoire pour les résultats internet-Faire vérifier au patient son numéro de portable. Lui remettre « Vos résultats par internet ».

## RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS



Joindre la photocopie de l'attestation de sécurité sociale et de la mutuelle.

N° de SS : -----

N° de l'organisme : \_\_\_\_\_ Département : -----

Nom de la mutuelle : -----

## Réservé au laboratoire



Heure de réception : \_\_\_\_ h \_\_\_\_

Initiales : -----

Prélèvement conforme : OUI  NON

Code NC : -----



## RENSEIGNEMENTS CLINIQUES GENERAUX ET EPIDEMIOLOGIQUES

Fièvre  Frissons  Hypothermie  Hospitalisation récente < 6M

Diabète  Immunodépression  Vie en EHPAD  Grossesse

Contexte oncologique  Douleurs abdominales  MAP

**Antibiothérapie :** Absence de traitement

ATB en cours  Lesquels : -----

Prise d'ATB < 3 mois  Lesquels : -----

Contrôle après traitement antibiotique

**Renseignements cliniques divers :** \_\_\_\_\_

### Prélèvement urinaire

Chirurgie sur le tractus urinaire  Pose d'une sonde à demeure

Pathologie chronique de l'arbre urinaire  Sonde à demeure

**Modalités de recueil :**

Milieu de jet  1<sup>er</sup> jet urinaire  Sondage extemporané

Sur sonde à demeure  Sur dispositif collecteur

Echantillon d'urine de 24 h  Diurèse des urines : -----

### Prélèvement de microbiologie

**Origine du prélèvement :** -----

**Infections urogénitales :**

Leucorrhées  Brûlures  Ulcérations  Prurit

**Infections respiratoires :**

Douleurs thoraciques  Images radiologiques  Toux

**Selles :**

Voyage récent pays tropical  Diarrhées sanglantes

**Pus :**

Morsures  Griffures  Bulle  Lésions traumatiques  Plaie

Dermatose chronique  Folliculites  Furoncle  Impétigo

## LES RESULTATS

A poster  A garder au laboratoire  A faxer  N° : -----

Résultats internet : OUI  NON  (n° portable obligatoire)

Bilan pré-opératoire : OUI  NON

Adresser une copie des résultats dans le service : -----

Patient = Personnel du CHCP : OUI

Autorisation des résultats sur DMP : NON (A cocher dans HXL)