CH EURE SEINE – HÔPITAL EVREUX-VERNON – Votre santé au cœur de notre engagement	**LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE** **CH EURE-SEINE**

SYSTEME ASSURANCE QUALITE

☑ EVREUX	☑ VERNON

RECUEIL URINES ECBU
PRECONISATIONS POUR LE PATIENT

Référence du laboratoire	**C2-C-FTE006**	**Version : 3**
Objet de la création	**Mise en place du système assurance qualité**	

Date d'application
19/03/2020

Diffusion	☑ Cellule accréditation	☑ Sapanet	☑ Secteur

Rédacteur	Nom	Olivier Brigitte	Signature
	Fonction	Secrétaire médicale	Olivier
	Date	13/02/2020	
Vérificateur	Nom	DJIBO Nagirou	Signature
	Fonction	Biologiste médical	DJIBO
	Date	13/02/2020	
Approbateur du laboratoire	**Dr A. BOUASRIA**		Signature
	Responsable Projet Qualité et Accréditation **Chef de Pôle Médico-technique**		**Bouasria**
	Date	03/03/2020	

Groupe de travail :

Documents associés (si nécessaire) :

OBJET :

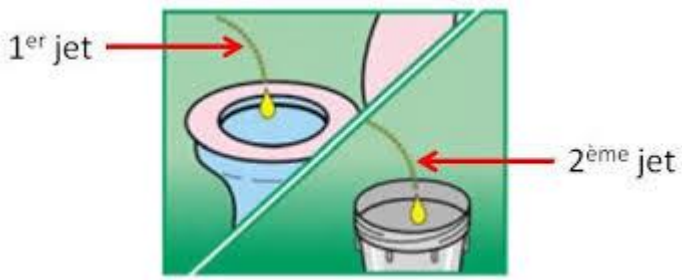
Préconisation de recueil des urines dans le cadre d'un ECBU

DOMAINE D'APPLICATION :

Elle s'applique au sein du Laboratoire de Biologie Médicale du CHI Eure-Seine,site d'Evreux, centre de prélèvement, et concerne les secrétaires et les infirmières du Laboratoire.

Recueil à effectuer sur les premières urines du matin ou 3 heures si possible après la dernière miction et avant tout traitement antibiotique (sauf avis médical contraire) et hors cas particulier à signaler.

- Se laver soigneusement les mains au savon. Faire une toilette intime avec les compresses de DAKIN fournies pour ne pas contaminer l'urine avec la flore externe.
- Pour la toilette procéder ainsi :
  - Chez la Femme : faire la toilette d'un seul geste de l'avant vers l'arrière : orifice urinaire, Orifice vulvaire, grandes et petites lèvres *(si perte vaginales, mettre si possible un tampon)*.
  - Chez l'Homme : Orifice urinaire, gland.



- Uriner un **premier jet dans les WC** puis le reste dans le flacon.
- Refermer soigneusement immédiatement le flacon. Une secrétaire ou une infirmière se chargera de mettre une étiquette avec votre identité sur le flacon.
- Ramener au laboratoire en moins de **2 heures** ou conserver au réfrigérateur **(12h maximum)**
- Merci de compléter les renseignements cliniques demandés ci-dessous :

Date de recueil : …… Heure de recueil : ……..

NOM : ……. PRENOM : ……

Date de naissance : ……..

Signes urinaires *(brûlures, gêne en urinant, douleurs lombaires)* : NON ☐ OUI ☐
Fièvre (>38°C) : NON ☐ OUI ☐
Traitement antibiotique dans les 10 jours précédents : NON ☐ OUI ☐
(Si oui, lequel ?) : …….
Contrôle après traitement antibiotique : NON ☐ OUI ☐
(Si oui, lequel ?) : …….
Suivi chronique urologique : NON ☐ OUI ☐
Bilan infectieux systématique : NON ☐ OUI ☐
Bilan avant intervention : NON ☐ OUI ☐
Suivi post-opératoire : NON ☐ OUI ☐
Contexte clinique particulier : Grossesse ☐ Diabète ☐

Zone réservée au laboratoire : Prélèvement conforme : OUI ☐ NON ☐
Date : …… Commentaires : ……. Visa : ……