



**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**  
**RECUEIL D'URINES POUR EXAMEN ECBU**

(Examen cyto bactériologique des urines)

**NOM :**  
**Prénom :**

**Date :**  
**Heure :**  
**Prélèvement Réalisé par :**

**VEUILLEZ RESPECTER LES INSTRUCTIONS CI-DESSOUS AFIN  
D'ASSURER LA QUALITE ET LA FIABILITE DES RESULTATS**

**REEMPLIR CETTE FICHE**

**RECUEIL**

*Faire un lavage des mains au savon doux puis une toilette locale soigneuse avec une compresse stérile imbibée de liquide de Dakin.*

*Chez l'homme, décalotter pour effectuer cette toilette.*

*Chez la femme, après la toilette, poser un tampon vaginal le temps de l'examen.*

*Eliminer le 1<sup>er</sup> jet d'urine dans les toilettes puis uriner dans le flacon en prenant soin de ne pas toucher le bord supérieur du flacon*

Avez-vous de la fièvre ?  OUI  NON

Avez-vous une sensation de brûlures en urinant ?  OUI  NON

Portez-vous une sonde urinaire ?  OUI  NON

Pour les femmes : êtes-vous enceinte ?  OUI  NON

Avez-vous une anomalie de l'appareil urinaire ?  OUI  NON

Le médecin a-t-il prescrit un antibiotique pour votre problème urinaire ?  OUI  NON

*Si oui, nom de cet antibiotique*

*Le traitement antibiotique est-il débuté ?*

S'agit-il d'un examen de contrôle après un traitement antibiotique ?  OUI  NON

*Si oui, nom de cet antibiotique*

*Indiquez la date de fin du traitement*



**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**  
**RECUEIL DE SELLES EN VUE D'UNE COPROCULTURE**  
**OU D'UNE RECHERCHE DE PARASITES**

**NOM :**  
**Prénom :**

**Date :**  
**Heure :**  
**Prélèvement Réalisé par :**

VEUILLEZ RESPECTER LES INSTRUCTIONS CI-DESSOUS AFIN  
D'ASSURER LA QUALITE ET LA FIABILITE DES RESULTATS

REEMPLIR CETTE FICHE

RECUEIL

*Recueillir les selles directement dans le pot fourni par le laboratoire.*

*Ou recueillir les selles dans un récipient propre et en transférer une partie volume d'une noix (**au minimum**) au moyen de la spatule dans le pot fourni par le laboratoire.*

*Si les selles ne sont pas homogènes, préférer un échantillon sanglant ou purulent.  
Si les selles sont liquides, remplir le pot au tiers environ  
Pour les bébés, si les selles sont liquides, ramener la couche.*

CONSERVATION

*Pour la coproculture, apporter rapidement les selles au laboratoire  
Si cela est impossible, le pot sera stocké au réfrigérateur au maximum  
une nuit (dans ce cas, le préciser au laboratoire au moment du dépôt)  
Pour l'examen parasitologique (recherche de parasites), le prélèvement  
doit être apporté immédiatement au laboratoire en journée.*

Avez-vous voyagé récemment en « pays tropical » ?  OUI  NON

*Si oui, quand ?*

*Où*

Le médecin a-t-il prescrit un traitement antibiotique ?  OUI  NON

*Si oui, nom de cet antibiotique*

*Le traitement antibiotique est-il débuté ?*

S'agit-il d'un examen de contrôle après un traitement antibiotique ?  OUI  NON

Avez-vous de la fièvre ?  OUI  NON

Avez-vous de la diarrhée ?  OUI  NON

Avez-vous vu des vers dans les selles ?  OUI  NON

S'agit-il d'un examen des selles en vue d'un travail en cuisine ?  OUI  NON



**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**  
**PRELEVEMENT VAGINAL**

VEUILLEZ REMPLIR CETTE FICHE AVANT  
LA REALISATION DU PRELEVEMENT VAGINAL

NOM :  
Prénom :

Date :  
Heure :  
Prélèvement Réalisé par :

Etes-vous enceinte ?

OUI  NON

*Si oui, date prévue d'accouchement*

Etes-vous ménopausée ?

OUI  NON

Portez-vous un stérilet ?

OUI  NON

Avez-vous des pertes vaginales ?

OUI  NON

Avez-vous un prurit (démangeaisons) vaginal ?

OUI  NON

Le médecin a-t-il prescrit un traitement antibiotique ?

OUI  NON

*Si oui, nom de cet antibiotique*

*Le traitement antibiotique est-il débuté ?*

S'agit-il d'un examen de contrôle après un traitement antibiotique ?

OUI  NON

*Si oui, nom de l'antibiotique prescrit*

*Indiquez la date de fin du traitement*

**PARTIE RESERVEE AU LABORATOIRE**

Leucorrhées :

Inflammation :

Ulcération vaginale :



**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**  
**PRELEVEMENT MYCOLOGIQUE**

**NOM :**  
**Prénom :**

**Date :**  
**Heure :**  
**Prélèvement Réalisé par :**

VEUILLEZ REMPLIR CETTE FICHE AVANT  
LA REALISATION DU PRELEVEMENT MYCOLOGIQUE

PARTIE RESERVEE AU LABORATOIRE

Avez-vous des animaux de compagnie ?

OUI  NON

*Si oui, précisez*

Avez-vous des loisirs en rapport avec des animaux ?

OUI  NON

*Si oui, précisez*

Profession :

Le médecin a-t-il prescrit un traitement antibiotique (antifongique) ?

OUI  NON

*Si oui, nom de cet antibiotique*

*Le traitement est-il débuté ?*

S'agit-il d'un examen de contrôle après un traitement antibiotique (antifongique) ?

OUI  NON

*Si oui, nom de l'antibiotique prescrit*

*Indiquez la date de fin du traitement*

Plaque alopecie :

unique  
 multiples

Wood :

Lésions cutanées :

Localisation :

Type :

Intertrigo :

Localisation :

Type :

Onyxis :

Localisation :

Type :





## FICHES DE RENSEIGNEMENTS

### RECUEIL URINE 24H / ADDIS

#### RECUEIL DES URINES DE 24 HEURES

Le recueil des urines s'effectue sur 24 heures.

Après le réveil, uriner à fond sans recueillir les urines.

Recueillir dans le flacon toutes les urines suivantes (journée et nuit) ainsi que les premières urines du matin.

Il est indispensable de recueillir toutes les urines.

Ramener le jour même les urines au laboratoire.

#### COMPTE D'ADDIS

Le recueil des urines se fait pendant 3 heures.

3 heures avant le recueil, boire  $\frac{1}{4}$  de litre d'eau se lever et uriner à fond sans recueillir les urines.

Se recoucher :

Rester allongé, au repos, à jeun pendant 3 heures.

Après ces 3 heures, uriner de nouveau et recueillir la totalité des urines dans le flacon.

Il est indispensable de recueillir toutes les urines.