

Intérêt :

L'Examen Cyto-Bactériologique des Urines (E.C.B.U.) est un examen qui permet de diagnostiquer une infection urinaire et de proposer un traitement adapté.

Préconisations : source REMIC 2018

Le recueil doit être fait dans un **flacon stérile à bouchon rouge ou bleu à opercule**.

(*Si bouchon bleu : Ne pas décoller l'étiquette autocollante du couvercle, vous risquez de vous piquer.*)

Effectuer si possible le recueil sur les **PREMIERES URINES DU MATIN** (ou s'abstenir d'uriner pendant 4 heures). Réaliser le recueil, si possible, **avant toute prise d'antibiotique ou 48 heures après la fin de la dernière prise d'antibiotique**.

- Au lever, se laver les mains
- Faire une toilette locale soignée au savon ou avec une lingette antiseptique.
- **Éliminer les premières gouttes** (1^{er} jet) dans les toilettes
- **Recueillir la suite** (2^{ème} jet) dans le flacon (la moitié du flacon suffit)
- Refermer soigneusement le flacon.
- Identifier le corps du flacon avec votre *Nom, Prénom, Date de naissance*
- Introduire le flacon dans la pochette plastique et la refermer hermétiquement
- Remplir le questionnaire ci-dessous et l'insérer dans la poche extérieure "kangourou"

Transport et conservation :

Le flacon doit être acheminé au laboratoire dans les 2 heures qui suit. En cas d'impossibilité, **conserver le flacon au réfrigérateur (8 heures maximum)**.

Délai de rendu des résultats : 48h (sauf si contrôle)

Renseignements à compléter et rapporter avec le prélèvement :

Ces notions seront prises en compte pour l'interprétation et la validation biologique des résultats (Norme ISO 15189)

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Date de naissance : ___ / ___ / _____

Date du recueil : ___ / ___ / _____ à ___ h ___

Date des dernières urines (avant recueil) : ___ / ___ / _____ à ___ h ___

Porteur de sonde urinaire : NON OUI

Les urines ont-elles été mises au réfrigérateur ? : NON OUI, durée : ___ h ___

Pourquoi faites-vous cet examen ? :

Suspicion d'infection

Contrôle après traitement antibiotique

Bilan pré-opératoire

Bilan post-opératoire

Grossesse

Autres :

Signes cliniques :

Brûlures en urinant.....: NON OUI

Envie fréquente d'uriner.....: NON OUI

Fièvre.....: NON OUI : °C

Antibiotiques : - **En cours**: NON OUI → Précisez lequel :

- **Arrêté depuis** **jours** → Précisez lequel :

PARTIE RESERVÉE AU LABORATOIRE

Date de réception : ___ / ___ / _____

Prélèvement conforme : OUI NON

à : ___ h ___

(2^{ème} miction, conservation, délai d'acheminement)

Visa :

Version Précédente	Rédacteur / Vérificateur	Approbateur
	Aya HAMAD RAQ 07/08/2024	Dr Natalio AWAIDA Directeur 07/08/2024