

Intérêt :

L'Examen urinaire sur premier jet permet d'isoler des germes intracellulaires comme les Chlamydiae, Mycoplasmes, BK urinaire, mais aussi les Gonocoques dans le cadre des MST.

Préconisations pour le prélèvement :

Si vous avez un **flacon à bouchon bleu**, ne pas décoller l'étiquette autocollante du couvercle (vous risquez de vous piquer).

Effectuer le recueil sur les **PREMIERES URINES DU MATIN dans un flacon stérile à bouchon ROUGE.**

(Ou s'abstenir d'uriner pendant 4 heures si possible avant le recueil dans la journée)

En cas d'ECBU prescrit de manière concomitante, se munir de deux flacons stériles (voir la fiche de préconisation pour les ECBU)

Réaliser le recueil, si possible, **avant toute prise d'antibiotique (arrêt minimum de 5 jours).**

- Recueillir **dès le début de la miction** dans le flacon stérile fourni par le laboratoire (environ 10 à 20 ml du jet d'urine **initial**). La collecte d'un volume d'urine plus important peut entraîner la dilution de l'échantillon et diminuer la sensibilité du test.
- Eliminer le reste des urines dans les toilettes (ou dans le second flacon si ECBU prescrit).
- Refermer soigneusement le flacon.
- Identifier sur le corps du flacon votre *Nom, Prénom, Date de naissance*, si cela n'a pas été fait
- Remplir le questionnaire ci-dessous.
- Introduire le flacon dans la pochette plastique et la refermer hermétiquement

(Pour la recherche de BK urinaire renouveler le prélèvement 3 jours de suite)

Transport et conservation :

Le flacon doit être acheminé au laboratoire **dans les 4 heures qui suivent.**

Ne pas conserver le flacon au réfrigérateur ! (germes sensibles).

Délai de rendu des résultats : 4 jours ouvrables (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 naissance :

Prénom :

Date de naissance : ___ / ___ / _____

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

Pourquoi faites-vous cet examen ? :

Bilan pré ou post opératoire

Dépistage MST

Grossesse

Contrôle après traitement antibiotique

Autres :

Signes cliniques :

Brûlures en urinant : 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

(1^{er} jet, conservation, délai d'acheminement)

à : ___ h ___

Visa :

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