

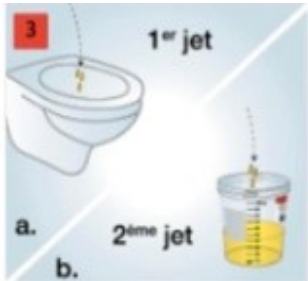






IDENTIFICATION DU PATIENT			
Nom d'usage : _____	<b>Laboratoire multisite</b> de biologie médicale du Diaconat Pôle Sanitaire Privé Mulhousien du Diaconat  Roosevelt : 03.89.32.55.03 Fonderie : 03.89.36.76.90 Colmar : 03.89.21.23.98		
Nom de naissance : _____			
Prénom : _____			
Date de naissance : ____/____/____			
Sexe <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin			
<b>Prélèvement extérieur / Renseignements obligatoires</b>			
Adresse habituelle : _____			
Téléphone : _____			
Mail : _____			
N°SS : _____			
Caisse : _____			
Mutuelle : _____			
<b>Si recueil au laboratoire :</b>			
Prélèvement le : ____/____/____ à _____			
Modalités de recueil : <input type="checkbox"/> Mi jet <input type="checkbox"/> Sonde <input type="checkbox"/> Autre			
<input type="checkbox"/> 1er Jet (uniquement pour UIST)			
Si urines apportées :			
Réception le : ____/____/____ à _____ Visa : _____			
<b>Transmission des résultats :</b>			
<input type="checkbox"/> Mail <input type="checkbox"/> Courrier <input type="checkbox"/> Retrait laboratoire			
<input type="checkbox"/> Copie médecin traitant			
<input type="checkbox"/> Renouvellement d'étiquettes			
<b>Renseignements cliniques : Cochez les cases qui vous concernent</b>			
<input type="checkbox"/> Douleurs ou brûlures en urinant ?	<input type="checkbox"/> Malformation de l'appareil urinaire ?		
<input type="checkbox"/> Envie d'uriner fréquente ou incontrôlée ?	<input type="checkbox"/> Pathologie prostatique ?		
<input type="checkbox"/> Apparition d'une incontinence ?	<input type="checkbox"/> Sous immunosuppresseurs ou chimiothérapie ?		
<input type="checkbox"/> Fièvre ?	<input type="checkbox"/> Examen avant intervention chirurgicale ou exploration uro-dynamique ?		
<input type="checkbox"/> Période de règles en cours ?	<input type="checkbox"/> S'agit-il d'un contrôle pré-post opératoire ?		
<input type="checkbox"/> Grossesse ?	<input type="checkbox"/> Prescription d'antibiotique ? Si oui lequel : _____		
<input type="checkbox"/> Douleurs lombaires ?	<input type="checkbox"/> Traitement ci-dessus déjà entamé ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
<input type="checkbox"/> Contrôle après infection traitée ?			
<input type="checkbox"/> Greffé ?			
<b>Modalités de prélèvement</b>			
			
1. Lavage des mains + toilette intime	2. Ouvrir le flacon	3. 1er jet WC, 2 <sup>ème</sup> jet dans le flacon	4. Remplir au minimum 1 cm
Attention : écrire son nom / prénom / date de naissance sur le pot.			
<b>Délai acheminement</b>			
	Flacon stérile sans conservateur Délai 2 heures à 15-25°C Délai 24 heures à 2-8°C		