



Laboratoire de Biologie Médicale

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES EN VUE DE LA REALISATION D'UN ECBU
 (ECBU = Examen Cytobactériologique Urinaire)

Ces renseignements sont indispensables à l'interprétation des résultats et à la prise de décision de réaliser ou non un antibiogramme

NOM
Prénom
Age

Date et heure du recueil d'urines :

Date et heure réception laboratoire :

(coller étiquette patient)

Recueil des urines par voie naturelle en milieu de jet OUI NON

Si **oui**, dernière miction depuis plus de 2 heures : OUI NON

Si **non**, autre mode de recueil :

Si urinocol, temps de pose supérieur à 30 minutes : OUI NON

Traitement antibiotique en cours ou récent OUI NON

Si en cours, depuis le :

Si récent, arrêté le :

Nom du médicament :

Présence de fièvre OUI NON

Signes urinaires (douleurs lombaires ou brûlures en urinant) OUI NON

Grossesse OUI NON

ECBU prescrit avant une intervention chirurgicale OUI NON

ECBU prescrit avant manœuvre sur les voies urinaires OUI NON

Terrain diabétique ou immunodéprimé OUI NON

Sondage urinaire dans les 10 jours précédents OUI NON