



## R1C-ENR004 Version 3

### Enregistrement Préconisations 1<sup>er</sup> jet urinaire

#### Intérêt :

Le 1<sup>er</sup> jet urinaire est un examen permettant de rechercher certains germes responsables d'infections génitales.

#### Matériel nécessaire

- Flacon stérile fourni par le laboratoire

#### Préconisations avant le prélèvement

- Ne pas uriner pendant 2h avant le recueil.  
**Remarque :** En cas d'écoulement urétral chez l'homme, le prélèvement peut être effectué 1h après la dernière miction
- Effectuer le recueil avant le début d'un traitement antibiotique

#### Préconisations pour le prélèvement

- Recueillir environ les premiers 10 ml / 10 cc de la miction.
  - Refermer rapidement et soigneusement le flacon.
  - **Identifier le flacon** avec votre Nom et Prénom, Date de naissance.
  - **Indiquer** la date et l'heure du recueil
- Acheminer le flacon au laboratoire dans l'heure à température ambiante  
**Remarque :** Pour la recherche de Chlamydiae urinaire uniquement : le flacon peut être conservé à +4°C pendant maximum 12h.

Attention : Tout flacon ne portant pas les informations demandées pourra être refusé



## R1C-ENR004 Version 3

### Enregistrement Préconisations 1<sup>er</sup> jet urinaire

Date : _____	NOM : _____			
Heure du recueil : _____	Prénom : _____			
Heure de dépôt : _____	Date de naissance : _____			
Renseignements cliniques	<b>Contexte clinique :</b>			
		OUI	NON	NE SAIS PAS
	Traitement antibiotique débuté :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Infection génitale chez le partenaire :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Pour une femme :</i>			
	Grossesse :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Type de contraception : .....			
	<b>Signes cliniques :</b>			
	Antécédents médico-chirurgicaux : _____			
	Fièvre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Douleurs pelviennes :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Brûlures mictionnelles :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Pour un homme :</i>			
	Écoulement :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Pour une femme :</i>			
	Gênes (Odeur...) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pertes vaginales :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>