



EXAMENS URINAIRES

(ECBU et biochimie urinaire)

www.oxyb.fr

! Tout prélèvement non identifié ne sera pas pris en charge

Prélèvement le :/...../..... àh..... Identité du préleveur :

Prescripteur : Date de la prescription :/...../.....

NOM DE NAISSANCE : Sexe : M F
NOM D'USAGE : N° fixe :
PRENOM : **N° portable** :
 (indispensable pour obtenir les résultats sur **oxyb.fr**)
DATE DE NAISSANCE :/...../.....
ADRESSE :

BACTERIOLOGIE (ECBU)

urines par miction (milieu de jet)
 urines par sondage aller-retour
 urines sur dispositif collecteur
 Préciser :
 urines sur sonde à demeure (CBUA)
 autre :

BIOCHIMIE

échantillon urinaire
 urines des 24 heures
 début de recueil :
 le/...../..... àh.....
 fin de recueil :
 le/...../..... àh.....
 patient à jeun (10h minimum)

AUTRES ANALYSES recueil d'urines pour compte d'ADDIS (urines émises sur 3 heures)
 autre :

Conditions d'acheminement (délai, température) disponibles sur oxyb.manuelprelevement.fr

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES (obligatoires)

ANTIBIOTIQUES	SIGNES CLINIQUES
<input type="checkbox"/> absence d'antibiothérapie	<input type="checkbox"/> signes fonctionnels urinaires <input type="checkbox"/> fièvre
<input type="checkbox"/> antibiothérapie récente / en cours antibiotique : débuté le/...../..... arrêté le/...../.....	<input type="checkbox"/> douleurs pelviennes <input type="checkbox"/> douleurs lombaires
<input type="checkbox"/> antibiothérapie à venir (à débiter après le prélèvement) antibiotique :	<input type="checkbox"/> absence de symptômes <input type="checkbox"/> autres :
	CONTEXTE
	<input type="checkbox"/> grossesse <input type="checkbox"/> immuno-dépression
	<input type="checkbox"/> diabète <input type="checkbox"/> anomalie de l'arbre urinaire
	<input type="checkbox"/> chirurgie programmée : date :/...../.....
	date de changement de la S.A.D :/...../.....

Résultats : Laboratoire Internet (oxyb.fr) IDE Courrier

Accord du patient pour les examens non remboursés : OUI NON

Double au médecin traitant : Nom du médecin :



EXAMENS URINAIRES

(ECBU et biochimie urinaire)

www.oxyb.fr

! Tout prélèvement non identifié ne sera pas pris en charge

Prélèvement le :/...../..... àh..... Identité du préleveur :

Prescripteur : Date de la prescription :/...../.....

NOM DE NAISSANCE : Sexe : M F
NOM D'USAGE : N° fixe :
PRENOM : **N° portable** :
 (indispensable pour obtenir les résultats sur **oxyb.fr**)
DATE DE NAISSANCE :/...../.....
ADRESSE :

BACTERIOLOGIE (ECBU)

urines par miction (milieu de jet)
 urines par sondage aller-retour
 urines sur dispositif collecteur
 Préciser :
 urines sur sonde à demeure (CBUA)
 autre :

BIOCHIMIE

échantillon urinaire
 urines des 24 heures
 début de recueil :
 le/...../..... àh.....
 fin de recueil :
 le/...../..... àh.....
 patient à jeun (10h minimum)

AUTRES ANALYSES recueil d'urines pour compte d'ADDIS (urines émises sur 3 heures)
 autre :

Conditions d'acheminement (délai, température) disponibles sur oxyb.manuelprelevement.fr

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES (obligatoires)

ANTIBIOTIQUES	SIGNES CLINIQUES
<input type="checkbox"/> absence d'antibiothérapie	<input type="checkbox"/> signes fonctionnels urinaires <input type="checkbox"/> fièvre
<input type="checkbox"/> antibiothérapie récente / en cours antibiotique : débuté le/...../..... arrêté le/...../.....	<input type="checkbox"/> douleurs pelviennes <input type="checkbox"/> douleurs lombaires
<input type="checkbox"/> antibiothérapie à venir (à débiter après le prélèvement) antibiotique :	<input type="checkbox"/> absence de symptômes <input type="checkbox"/> autres :
	CONTEXTE
	<input type="checkbox"/> grossesse <input type="checkbox"/> immuno-dépression
	<input type="checkbox"/> diabète <input type="checkbox"/> anomalie de l'arbre urinaire
	<input type="checkbox"/> chirurgie programmée : date :/...../.....
	date de changement de la S.A.D :/...../.....

Résultats : Laboratoire Internet (oxyb.fr) IDE Courrier

Accord du patient pour les examens non remboursés : OUI NON

Double au médecin traitant : Nom du médecin :