



La version électronique fait foi.

NOM usuel : N° de SS :
Prénom : Sexe : 100% Oui Non
NOM de naissance : Caisse (nom / adresse) :
Date de naissance :
Adresse :
.....
CP : Ville : Mutuelle (nom / n° préfectoral) :
Tél :
*Merci de nous fournir votre nouvelle attestation
en cas de changement de mutuelle/caisse*

RESULTATS :

① Patient : Laboratoire A poster Internet
② Médecin : A poster Fax Copie à un autre prescripteur :

INTÉRÊTS :

Cette analyse consiste à mesurer le débit des hématies et des leucocytes passant dans les urines (H.L.M = hématies leucocytes par minute).

Ce recueil s'effectue sur la totalité des urines émises en 3 heures.

Ne pas réaliser le test pendant une période de menstruation.

PRECONISATIONS :

1. Le matin, se lever 3 heures avant l'heure habituelle,
2. Uriner aux toilettes,
3. Boire un grand verre d'eau (1/4 de litre),
4. Identifier le flacon fourni par le laboratoire avec votre nom, prénom puis noter la date et l'heure,
5. Rester couché et à jeun pendant 3 heures,
6. Au bout des 3 heures, uriner en **totalité** dans le flacon,
7. Noter l'heure du recueil sur le flacon,
8. Apporter **dans les 2 heures** le flacon au laboratoire (accepté si < 2h à T° ambiante ou < 24h réfrigéré) jusqu'à la prise en charge par plateau technique.

PRELEVEMENT :

Urines émises le (date) : / /
Heure à laquelle vous avez bu un grand verre d'eau : H.....
Heure à laquelle vous avez recueilli vos urines : H.....
Avez-vous recueilli l'intégralité de vos urines ? Oui Non

RECEPTION (cadre réservé au laboratoire) :

Opérateur : Date/heure :
 Conforme Non-conforme :

Document à scanner dans la GED du dossier rubrique dédiée à la microbiologie