
	<b>FORMULAIRE</b> <b>RECUEIL POUR EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES -</b> <b>RENSEIGNEMENTS CLINIQUES</b>			
	Identification <b>F_MO_PREL_36_A</b>	Approbateur Caroline SCHEIBER	Date d'application 25/08/2023	Version 2

RECUEIL POUR EXAMEN CYTOBACTÉRIOLOGIQUE DES URINES			RECOLHA PARA EXAME CITOBACTERIOLÓGICO DA URINA				
_ Nom de naissance : .....			_ Apelido de nascimento : .....				
_ Nom : .....			_ Apelido de casada : .....				
_ Prénom : .....			_ Nome : .....				
_ Matricule ou date de naissance : .....			_ Matrícula ou data de nascimento : .....				
_ Date du recueil : .....			_ Data de recolha : .....				
_ Heure du recueil : .....			_ Hora da recolha : .....				
_ Adresse : .....			_ Morada : .....				
_ Téléphone : .....			_ Telefone : .....				
RENSEIGNEMENTS CLINIQUES		OUI	NON	INFORMAÇÃO CLÍNICA		SIM	NÃO
_ Avez-vous conservé le prélèvement au réfrigérateur ?				_ Manteve a amostra no frigorífico ?			
_ Avez-vous des douleurs/brûlures en urinant ?				_ Tem dores/ardor ao urinar ?			
_ Avez-vous de la fièvre ?				_ Você tem febre ?			
_ Prenez-vous des antibiotiques ?				_ Toma algum antibiótico ?			
_ Si OUI, depuis combien de temps ? .....				_ Se SIM, há quanto tempo ? .....			
_ Si OUI, quel est le nom de l'antibiotique ? .....				_ Se SIM, qual é o nome do antibiótico ? .....			
_ S'agit-il d'un contrôle post infection ?				_ Trata-se de um controlo pós-infecção ?			
_ Si OUI, quelle est la date de fin de traitement ? .....				_ Se SIM, qual é a data do fim do tratamento ? .....			
_ Êtes-vous porteur d'une sonde urinaire ?				_ Você traz uma sonda urinária ?			
 <small>LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICAL ES</small>				Retrouvez toutes nos BD d'aide aux recueils également sur <a href="http://www.ketterthill.lu">www.ketterthill.lu</a>			

F\_MO\_PREL\_36\_A version 2

COLLECTION FOR CYTOBACTERIOLOGICAL EXAMINATION OF URINE			SAMMLUNG FÜR DIE ZYTOBACTERIOLOGISCHE UNTERSUCHUNG VON URIN				
_ Birthname : .....			_ Geburtsname : .....				
_ Name : .....			_ Name : .....				
_ First name : .....			_ Vorname : .....				
_ Registration n° or date of birth : .....			_ Nummer der Matricule oder Geburtsdatum : .....				
_ Date of collection : .....			_ Datum der Sammlung : .....				
_ Collection time : .....			_ Uhrzeit der Sammlung : .....				
_ Address : .....			_ Adresse : .....				
_ Phone : .....			_ Telefon : .....				
CLINICAL INFORMATION		YES	NO	KLINISCHE INFORMATIONEN		JA	NEIN
_ Did you keep the sample in the fridge ?				_ Haben Sie die Probe im Kühlschrank aufbewahrt ?			
_ Do you have pain/burning while urinating ?				_ Haben Sie Schmerzen/Brennen beim urinieren ?			
_ Do you have fever ?				_ Haben Sie Fieber ?			
_ Do you take an antibiotic treatment ?				_ Nemen Sie eine Antibiotika-Behandlung ?			
_ If YES, since when do you take the treatment ? .....				_ Wenn JA, seit wann nemen Sie die Behandlung ? .....			
_ If YES, what is the name of the antibiotic ? .....				_ Wenn JA, wie lautet der Name des Antibiotikas ? .....			
_ Is it a post infection control ?				_ Handelt es sich um eine Postinfektionskontrolle ?			
_ If YES, what is the end date of the treatment ? .....				_ Wenn JA, Ende des Behandlungsdatums ? .....			
_ Do you have an urinary catheter ?				_ Tragen Sie einen Harnkatheter ?			
 <small>LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICAL ES</small>				Retrouvez toutes nos BD d'aide aux recueils également sur <a href="http://www.ketterthill.lu">www.ketterthill.lu</a>			

F\_MO\_PREL\_36\_A version 2