

RECUEIL POUR EXAMEN CYTOBACTÉRIOLOGIQUE DES URINES

- _ Nom de naissance :
- _ Nom :
- _ Prénom :
- _ Matricule ou date de naissance :
- _ Date du recueil :
- _ Heure du recueil :
- _ Adresse :
- _ Téléphone :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

OUI NON

_ Avez-vous conservé le prélèvement au réfrigérateur ?		
_ Avez-vous des douleurs/brûlures en urinant ?		
_ Avez-vous de la fièvre ?		
_ Prenez-vous des antibiotiques ?		
_ Si OUI, depuis combien de temps ?		
_ Si OUI, quel est le nom de l'antibiotique ?		
_ S'agit-il d'un contrôle post infection ?		
_ Si OUI, quelle est la date de fin de traitement ?		
_ Êtes-vous porteur d'une sonde urinaire ?		

RECOLHA PARA EXAME CITOBACTERIOLÓGICO DA URINA

- _ Apelido de nascimento :
- _ Apelido de casada :
- _ Nome :
- _ Matrícula ou data de nascimento :
- _ Data de recolha :
- _ Hora da recolha :
- _ Morada :
- _ Telefone :

INFORMAÇÃO CLÍNICA

SIM NÃO

_ Manteve a amostra no frigorífico ?		
_ Tem dores/ardor ao urinar ?		
_ Você tem febre ?		
_ Toma algum antibiótico ?		
_ Se SIM, há quanto tempo ?		
_ Se SIM, qual é o nome do antibiótico ?		
_ Trata-se de um controlo pós-infecção ?		
_ Se SIM, qual é a data do fim do tratamento ?		
_ Você traz uma sonda urinária ?		



COLLECTION FOR CYTOBACTERIOLOGICAL EXAMINATION OF URINE

_ Birthname :

_ Name :

_ First name :

_ Registration n° or date of birth :

_ Date of collection :

_ Collection time :

_ Address :

_ Phone :

SAMMLUNG FÜR DIE ZYTOBAKTERIOLOGISCHE UNTERSUCHUNG VON URIN

_ Geburtsname :

_ Name :

_ Vorname :

_ Nummer der Matricule oder Geburstdatum :

_ Datum der Sammlung :

_ Uhrzeit der Sammlung :

_ Adresse :

_ Telefon :

CLINICAL INFORMATION

YES NO

_ Did you keep the sample in the fridge ?		
_ Do you have pain/burning while urinating ?		
_ Do you have fever ?		
_ Do you take an antibiotic treatment ?		
_ If YES, since when do you take the treatment ?		
_ If YES, what is the name of the antibiotic ?		
_ Is it a post infection control ?		
_ If YES, what is the end date of the treatment ?		
_ Do you have an urinary catheter ?		

KLINISCHE INFORMATIONEN

JA NEIN

_ Haben Sie die Probe im Kühlschrank aufbewahrt ?		
_ Haben Sie Schmerzen/Brennen beim urinieren ?		
_ Haben Sie Fieber ?		
_ Nemen Sie eine Antibiotika-Behandlung ?		
_ Wenn JA, seit wann nemen Sie die Behandlung ?		
_ Wenn JA, wie lautet der Name des Antibiotikas ?		
_ Handelt es sich um eine Postinfektionskontrolle ?		
_ Wenn JA, Ende des Behandlungsdatums ?		
_ Tragen Sie einen Harnkatheter ?		

