

GCS BIOLOGIE 85	LABO-FT728	Préconisation pour les examens réalisés par le patient	Signature de l'approbateur
	Version F		Dr Cindy AUBRET
	Page 1/22		Applicable le 24/07/2024

## 1 Déroulement de l'activité

- Le personnel du laboratoire accueillant le patient **avant réalisation du recueil** lui remet une fiche de préconisation associée au récipient de recueil si nécessaire, et lui explique les modalités de recueil.
- **A réception du prélèvement**, la personne qui accueille le patient s'assure du respect des conditions de recueil et récupère la fiche de préconisations complétée s'il en avait une ou, à défaut, il en renseigne une en sa présence.
- La feuille de préconisations complétée doit rester associée à la prescription (notamment en bactériologie)

## 2 Fiches de préconisations (*en français ou en anglais*) à remettre au patient:

Les fiches en français sont stockées à **la Réception et au Secrétariat**

Recueil d'urines pour **ECBU** : Annexe 1 ou 10 (en anglais)  
(pour les recueils non réalisables en milieu de jet, se référer au biologiste)

Recueil des **urines de 24h** : Annexe 2 ou 11 (en anglais)

Recueil d'urines pour **PCR C.trachomatis et/ou N.gonorrhoeae** : Annexe 3 ou 12 (en anglais)

**Scotch test** : Annexe 4 ou 13 (en anglais)

Recueil des **selles** pour coproculture et/ou examen parasitologique  
et/ou recherche virale et/ou de C.difficile : Annexe 5 ou 14 (en anglais)

Recueil des **selles** pour recherche de **sang** : Annexe 6 ou 15 (en anglais)

**Expectorations** : Annexe 7 ou 16 (en anglais)

Recueil d'urines pour **BK** : Annexe 8 ou 17 (en anglais)

**Cytologie urinaire** : Annexe 9 ou 18 (en anglais)

**Spermoculture** : Annexe 19

**Auto-prélèvement vaginal** pour PCR Chlam/Gono et/ou Examen CB : Annexe 20

GCS BIOLOGIE 85	LABO-FT728	Préconisation pour les examens réalisés par le patient	Signature de l'approbateur
	Version F		Dr Cindy AUBRET
	Page 2/22		Applicable le 24/07/2024

Annexe 1



Laboratoire du Centre Hospitalier  
11, Rue du Docteur Laforge  
85201 FONTENAY LE COMTE  
tél : 02.51.53.29.31 - fax : 02.51.53.29.32

## RECUEIL D'URINES POUR UN ECBU (Examen CytoBactériologique des Urines)



### Préconisations pour le prélèvement :

Recueillir si possible les 1ères urines du matin, ou à défaut ne pas avoir uriné depuis au moins 2 heures.

1. Se laver les mains
2. Faire une **toilette soignée** au liquide de Dakin ou à défaut à l'eau savonneuse
3. **Éliminer le 1<sup>er</sup> jet** dans les toilettes
4. Recueillir le **2<sup>ème</sup> jet à la volée** dans le flacon stérile fourni par le laboratoire
5. Identifier le flacon :
  - ⇒ avec votre nom, prénom, date de naissance
  - ⇒ date et heure du recueil
6. Renseigner cette fiche
7. Acheminer le flacon au laboratoire accompagné de cette fiche renseignée dans les plus brefs délais (au-delà de d'1 heure, conserver l'échantillon au **réfrigérateur** 6 heures maximum).

### Fiche de renseignements à compléter par le patient et à remettre au laboratoire:

Nom : ..... Nom de naissance : .....  
Prénom : ..... Date de naissance : .....  
Sexe :  M  F Tél. : .....

Date et heure de recueil des urines : le ..... / ..... / ..... à ..... h .....

Conservation avant acheminement à : température ambiante  à +/- 4°C

Prenez-vous ou avez-vous pris un antibiotique dans les 7 derniers jours ? NON  OUI   
Si oui, lequel : .....

Grossesse (cochez) :

Partie réservée au laboratoire : Urines apportées au laboratoire  Urines recueillies au laboratoire

GCS BIOLOGIE 85	LABO-FT728	Préconisation pour les examens réalisés par le patient	Signature de l'approbateur
	Version F		Dr Cindy AUBRET
	Page 3/22		Applicable le 24/07/2024

Annexe 2



Laboratoire du Centre Hospitalier  
11, Rue du Docteur Laforge  
85201 FONTENAY LE COMTE  
tél : 02.51.53.29.31 - fax : 02.51.53.29.32

## RECUEIL DES URINES DE 24H

### Préconisations pour le prélèvement :

- **Au lever :**
  - ⇒ **Vider la totalité des urines dans les toilettes**
  - ⇒ **Identifier le flacon** fourni par le laboratoire (si récipient insuffisant, utiliser une bouteille d'eau vide):
    - Avec votre nom, prénom, date de naissance
    - Noter la date et heure du début de recueil (exemple : 8h)
- **Pendant les 24 h qui suivent :**
  - ⇒ Recueillir la totalité des urines de la journée et de la nuit dans le flacon pour arriver jusqu'à l'heure notée la veille.
  - ⇒ Conserver les urines au réfrigérateur pendant toute la durée du recueil
- Acheminer le(s) flacon(s) au laboratoire dans les plus brefs délais accompagné(s) de cette fiche renseignée.

### Fiche de renseignements à compléter par le patient et à remettre au laboratoire:

Nom : ..... Nom de naissance : .....

Prénom : ..... Date de naissance : .....

Sexe :  M  F Tél. : .....

Date et heure de recueil des urines : du ..... / ..... / ..... à ..... h .....

au ..... / ..... / ..... à ..... h .....

GCS BIOLOGIE 85	LABO-FT728	Préconisation pour les examens réalisés par le patient	Signature de l'approbateur
	Version F		Dr Cindy AUBRET
	Page 4/22		Applicable le 24/07/2024

Annexe 3



Laboratoire du Centre Hospitalier  
11, Rue du Docteur Laforge  
85201 FONTENAY LE COMTE  
tél : 02.51.53.29.31 - fax : 02.51.53.29.32

## RECUEIL D'URINES POUR CHLAMYDIAE TRACHOMATIS et/ou NEISSERIA GONORRHOEAE



ou

### Préconisations pour le prélèvement :

- Collecter les 1<sup>ères</sup> urines du matin (urines concentrées) dans le flacon fourni par le laboratoire sans avoir réalisé de toilettes au préalable (à défaut, le patient ne doit **pas avoir uriné dans l'heure précédent le prélèvement**, sinon préférer l'autoprélèvement vaginal chez la femme, ou le prélèvement urétral chez l'homme).
  - ⇒ **ATTENTION** : le volume du recueil ne doit pas excéder **10 ml à 50 ml** (moins d'un tiers du flacon)
- Identifier le flacon fourni par le laboratoire :
  - Avec votre nom, prénom, date de naissance
  - Noter la date et heure du recueil
- Acheminer le flacon au laboratoire accompagné de cette fiche renseignée dans la journée.

### Fiche de renseignements à compléter par le patient et à remettre au laboratoire:

Nom : ..... Nom de naissance : .....  
 Prénom : ..... Date de naissance : .....  
 Sexe :  M  F Tél. : .....

Date et heure de recueil des urines : le ..... / ..... / ..... à ..... h .....

Prenez-vous ou avez-vous pris un antibiotique dans les 7 derniers jours ?

NON  OUI Si oui, lequel : .....

GCS BIOLOGIE 85	LABO-FT728	Préconisation pour les examens réalisés par le patient	Signature de l'approbateur
	Version F		Dr Cindy AUBRET
	Page 5/22		Applicable le 24/07/2024

Annexe 4



Laboratoire du Centre Hospitalier  
11, Rue du Docteur Laforge  
85201 FONTENAY LE COMTE  
tél : 02.51.53.29.31 - fax : 02.51.53.29.32

## SCOTCH TEST

### Préconisations pour le prélèvement :

Le test est à effectuer au lever avant la toilette et avant les 1ères selles :

- Décoller le scotch transparent de la lame fournie par le laboratoire
- Appliquer le coté adhésif sur les plis de la marge anale et le maintenir en appuyant quelques secondes.
- Recoller ce scotch sur la lame
- Renouveler l'opération avec le second scotch
- Replacer les 2 lames dans l'étui fourni
- Identifier l'étui :
  - ⇒ Avec votre nom, prénom, date de naissance
- Acheminer le prélèvement accompagné de cette fiche renseignée au laboratoire dans la journée

### Fiche de renseignements à compléter par le patient et à remettre au laboratoire:

Nom : .....

Nom de naissance : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Sexe :  M  F

Tél. : .....

Date et heure du test : le ..... / ..... / .....

à ..... h .....

Y a t'il eu prise d'un traitement anti parasitaire ?

oui  non

Si oui, lequel ? : .....

GCS BIOLOGIE 85	LABO-FT728	Préconisation pour les examens réalisés par le patient	Signature de l'approbateur
	Version F		Dr Cindy AUBRET
	Page 6/22		Applicable le 24/07/2024

Annexe 5

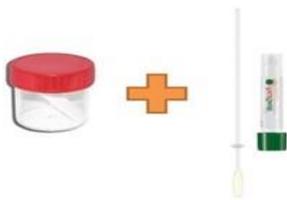


Laboratoire du Centre Hospitalier  
11, Rue du Docteur Laforge  
85201 FONTENAY LE COMTE  
tél : 02.51.53.29.31 - fax : 02.51.53.29.32

## RECUEIL DE SELLES POUR EXAMEN MICROBIOLOGIQUE sur SELLES

### Préconisation pour le prélèvement :

Utilisation du système de prélèvement, transport et conservation FecalSwab pour le prélèvement d'échantillons de matières fécales.



1. Recueillir les selles dans un récipient propre.
2. A l'aide de la spatule contenue dans le flacon à bouchon rouge, transférer une partie des selles et éventuellement des éléments d'aspects atypiques (sang, glaire...) dans le flacon à bouchon rouge stérile fourni par le laboratoire.
3. Se munir de l'écouvillon FecalSwab et le tremper dans les selles (l'utiliser comme un « tournevis » et non une « pelle ») puis décharger l'écouvillon dans le tube à bouchon vert selon le schéma ci-dessus, casser la tige et refermer le tube.
4. Refermer soigneusement flacon et tube contenant l'écouvillon, **noter votre nom, prénom et date de naissance sur les 2 contenants et conserver les au réfrigérateur.**
5. **Acheminer rapidement les 2 contenants** (flacon à bouchon rouge ET tube à bouchon vert) au laboratoire accompagné de cette fiche renseignée.

Remarque : pour les recherches d'amibes, le recueil doit se faire au laboratoire, sinon il doit parvenir au laboratoire dans le ¼ d'heure.

### Fiche de renseignements à compléter par le patient et à remettre au laboratoire:

Nom : ..... Nom de naissance : .....

Prénom : ..... Date de naissance : .....

Sexe :  M  F Tél. : .....

Date et heure du recueil des selles : le ..... / ..... / ..... à ..... h .....

Avez-vous fait un voyage en zone tropical récemment ?   
 Oui  Non Si oui, où et quand ? : .....

Avez-vous la diarrhée ?  Oui  Non  
Avez-vous de la fièvre (plus de 38°C) ?  Oui  Non

Prenez-vous ou avez-vous pris un antibiotique ou un traitement anti-parasitaire depuis ces 7 derniers jours ?  
 Oui  Non Si oui, lequel ? .....

GCS BIOLOGIE 85	LABO-FT728	Préconisation pour les examens réalisés par le patient	Signature de l'approbateur
	Version F		Dr Cindy AUBRET
	Page 7/22		Applicable le 24/07/2024

Annexe 6



Laboratoire du Centre Hospitalier  
11, Rue du Docteur Laforge  
85201 FONTENAY LE COMTE  
tél : 02.51.53.29.31 - fax : 02.51.53.29.32

## RECUEIL DE SELLES POUR RECHERCHE DE SANG

### Préconisations pour le prélèvement :

Avant d'effectuer le recueil des selles, il est recommandé de :

- ⇒ Attendre plus de 3 jours la fin des périodes menstruelles
- ⇒ Arrêter la prise d'aspirine, d'autres médicaments irritants pour l'appareil gastro-intestinal et la prise d'alcool au moins 48 heures avant.

1. Recueillir les selles dans un récipient propre.
2. A l'aide de la spatule, transférer une partie des selles dans le flacon à bouchon rouge stérile fourni par le laboratoire.
3. Refermer soigneusement le flacon et **noter votre nom, prénom et date de naissance**.
4. Acheminer le flacon au laboratoire accompagné de cette fiche renseignée dans les **plus brefs délais**.

### Fiche de renseignements à compléter par le patient et à remettre au laboratoire:

Nom : ..... Nom de naissance : .....

Prénom : ..... Date de naissance : .....

Sexe :  M  F Tél. : .....

Date et heure de recueil des selles : le ..... / ..... / ..... à ..... h .....

Les selles ont-elles été mises au frigo ?  Oui (durée : .....)  Non

Prenez-vous un ou (des) médicament(s), type aspirine, anti-coagulant ou anti-inflammatoire ?

Oui  Non

Si oui, noter lequel : .....

.....

GCS BIOLOGIE 85	LABO-FT728	Préconisation pour les examens réalisés par le patient	Signature de l'approbateur
	Version F		Dr Cindy AUBRET
	Page 8/22		Applicable le 24/07/2024

Annexe 7



Laboratoire du Centre Hospitalier  
11, Rue du Docteur Laforge  
85201 FONTENAY LE COMTE  
tél : 02.51.53.29.31 - fax : 02.51.53.29.32

## EXPECTORATIONS

### Préconisations pour le prélèvement :

Le recueil est à réaliser le matin, au réveil de préférence :

1. Effectuer un rinçage bucco-dentaire à l'eau distillée
2. Lors d'un effort de toux ou avec l'aide de kinésithérapie : recueillir les expectorations (au moins 5 ml) dans le flacon stérile fourni par le laboratoire, (les recueils salivaires sont exclus).
3. Refermer soigneusement le flacon et **noter votre nom, prénom et date de naissance**.
4. Acheminer le flacon accompagné de cette fiche renseignée au laboratoire le **plus rapidement possible (idéalement dans l'heure)**.

### Fiche de renseignements à compléter par le patient et à remettre au laboratoire:

Nom : ..... Nom de naissance : .....

Prénom : ..... Date de naissance : .....

Sexe :  M  F Tél. : .....

Date et heure de recueil des expectorations : le ..... / ..... / ..... à ..... h .....

Le recueil a-t-il été réalisé avec l'aide de kinésithérapie ?  Oui (durée : ..... )  Non

Les expectorations ont-elles été mises au frigo ?  Oui (durée : ..... )  Non

Prenez-vous un antibiotique ?  Non  Oui Si oui, lequel : .....

Etes-vous suivi pour une pathologie broncho-pulmonaire ?

Non  Oui Si oui, laquelle : .....

GCS BIOLOGIE 85	LABO-FT728	Préconisation pour les examens réalisés par le patient	Signature de l'approbateur
	Version F		Dr Cindy AUBRET
	Page 9/22		Applicable le 24/07/2024

Annexe 8



Laboratoire du Centre Hospitalier  
11, Rue du Docteur Laforge  
85201 FONTENAY LE COMTE  
tél : 02.51.53.29.31 - fax : 02.51.53.29.32

## RECUEIL D'URINES POUR BK

### Préconisations pour le prélèvement :

- Collecter la totalité des 1<sup>ères</sup> urines du matin dans le flacon fourni par le laboratoire (à défaut, ne pas avoir uriné depuis au moins 3 heures).
  - ⇒ *Remarque : le recueil doit se faire 3 jours consécutifs.*
- **Identifier le flacon** fourni par le laboratoire :
  - Avec votre nom, prénom, date de naissance
  - Noter la date et heure du recueil
- Acheminer le flacon au laboratoire accompagné de cette fiche renseignée dans la matinée.

### Fiche de renseignements à compléter par le patient et à remettre au laboratoire:

Nom : .....

Nom de naissance : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Sexe :  M  F

Tél. : .....

Date et heure de recueil des urines : le ..... / ..... / ..... à ..... h .....

GCS BIOLOGIE 85	LABO-FT728	Préconisation pour les examens réalisés par le patient	Signature de l'approbateur
	Version <b>F</b>		Dr Cindy AUBRET
	Page 10/22		Applicable le 24/07/2024

Annexe 9



Laboratoire du Centre Hospitalier  
11, Rue du Docteur Laforge  
85201 FONTENAY LE COMTE  
tél : 02.51.53.29.31 - fax : 02.51.53.29.32

## CYTOLOGIE URINAIRE

### Préconisations pour le prélèvement :

- **Au lever**, éliminer les urines
- **Après avoir bu et marché pendant 30 mn à 1h**, recueillir la 2<sup>ème</sup> miction du matin dans le flacon stérile fourni par le laboratoire.
- **Identifier le flacon :**
  - Avec votre nom, prénom, date de naissance
  - Noter la date et heure du recueil
- Acheminer le flacon au laboratoire accompagné de cette fiche renseignée dans les plus brefs délais.

### Fiche de renseignements à compléter par le patient et à remettre au laboratoire:

Nom : .....

Nom de naissance : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Sexe :  M  F

Tél. : .....

Date et heure de recueil des urines : le ..... / ..... / ..... à ..... h .....

GCS BIOLOGIE 85	LABO-FT728	Préconisation pour les examens réalisés par le patient	Signature de l'approbateur
	Version F		Dr Cindy AUBRET
	Page 11/22		Applicable le 24/07/2024

Annexe 10



Laboratoire du Centre Hospitalier  
11, Rue du Docteur Laforge  
85201 FONTENAY LE COMTE  
tél : 02.51.53.29.31 - fax : 02.51.53.29.32

## COLLECTION OF URINE FOR A urinalysis (Urine culture)



### Recommendations for sampling:

1. Wash hands
2. Make a careful toilette using Dakin's liquid or, if not available, using soap and water
3. Eliminate the first jet in the toilet
4. Collect the 2nd jet on the fly into the sterile container provided by the laboratory
5. Identify the bottle:
  - with your name, maiden name, date of birth
  - date and time of collection
6. Bring the vial to the laboratory together with this form as soon as possible (maximum waiting: 3 hours in refrigerator)

### Information form to be completed by the patient and given to the laboratory:

Name: ..... Maiden name: .....

First Name: ..... Date of Birth: .....

Gender: M  F  Phone : .....

Date and time of urine collection: the ..... / ..... / ..... at ..... h .....

Have you taken an antibiotic in the last 7 days?

YES  NO  If yes, name of antibiotic: .....

Pregnancy :

GCS BIOLOGIE 85	LABO-FT728	Préconisation pour les examens réalisés par le patient	Signature de l'approbateur
	Version F		Dr Cindy AUBRET
	Page 12/22		Applicable le 24/07/2024

Annexe 11



Laboratoire du Centre Hospitalier  
11, Rue du Docteur Laforge  
85201 FONTENAY LE COMTE  
tél : 02.51.53.29.31 - fax : 02.51.53.29.32

## COLLECTION OF URINE FOR 24H

RECUEIL DES URINES DE 24H

### Recommendations for sampling:

o **When waking up :**

- Empty all the urine in the toilet.
- Identify the bottle supplied by the laboratory:  
With your name, maiden name, date of birth  
Record the date and start time of collection (eg 8am)

o **During the following 24 h :**

Collect all the urine of the day and night in the bottle to get to the time noted yesterday.  
Keep urine refrigerated throughout the collection process.

o Bring the vial to the laboratory together with this form as soon as possible

### Information form to be completed by the patient and given to the laboratory:

Name: ..... Maiden name: .....

First Name: ..... Date of Birth: .....

Gender: M  F  Phone : .....

Date and time of urine collection: the ..... / ..... / ..... at ..... h .....

Do you take any medication(s)? NO  YES

If yes, write their name(s):

GCS BIOLOGIE 85	LABO-FT728	Préconisation pour les examens réalisés par le patient	Signature de l'approbateur
	Version F		Dr Cindy AUBRET
	Page 13/22		Applicable le 24/07/2024

Annexe 12



Laboratoire du Centre Hospitalier  
11, Rue du Docteur Laforge  
85201 FONTENAY LE COMTE  
tél : 02.51.53.29.31 - fax : 02.51.53.29.32

## COLLECTION OF URINE FOR Chlamydia trachomatis et/ou Neisseria gonorrhoeae



### Recommendations for sampling:

- o Collect the 1st morning urine in the bottle supplied by the laboratory without making any toilet beforehand.  
Note: The volume of the recommended collection is about 10 to 50 ml, which is half the bottle.
- o Identify the bottle supplied by the laboratory:  
With your name, maiden name, date of birth  
Record the date and time of collection
- o Bring the vial to the laboratory together with this form in the day.

### Information form to be completed by the patient and given to the laboratory:

Name: ..... Maiden name: .....

First Name: ..... Date of Birth: .....

Gender: M  F  Phone : .....

Date and time of urine collection: the ..... / ..... / ..... at ..... h .....

GCS BIOLOGIE 85	LABO-FT728	Préconisation pour les examens réalisés par le patient	Signature de l'approbateur
	Version F		Dr Cindy AUBRET
	Page 14/22		Applicable le 24/07/2024

Annexe 13



Laboratoire du Centre Hospitalier  
11, Rue du Docteur Laforge  
85201 FONTENAY LE COMTE  
tél : 02.51.53.29.31 - fax : 02.51.53.29.32

## SCOTH TEST

### Recommendations for sampling:

The test is to be made right after waking up, before the toilette and the 1<sup>st</sup> stool:

- o Peel the transparent sellow tape of the blade provided by the laboratory
- o Apply the adhesive side on the folds of the anus and keep pressing a few seconds.
- o Stick back the tape on the blade
- o Repeat this process with the second tape
- o Replace the 2 slides in the case
- o Identify the case:  
    With your name, maiden name, date of birth
- o Bring the sample together with this form to the laboratory in the day

### Information form to be completed by the patient and given to the laboratory:

Name: ..... Maiden name: .....

Name: ..... Date of Birth: .....

Gender: M  F  Phone : .....

Date and time of test: ..... / ..... / ..... at ..... h .....

La version électronique fait foi

GCS BIOLOGIE 85	LABO-FT728	Préconisation pour les examens réalisés par le patient	Signature de l'approbateur
	Version F		Dr Cindy AUBRET
	Page 15/22		Applicable le 24/07/2024

Annexe 14

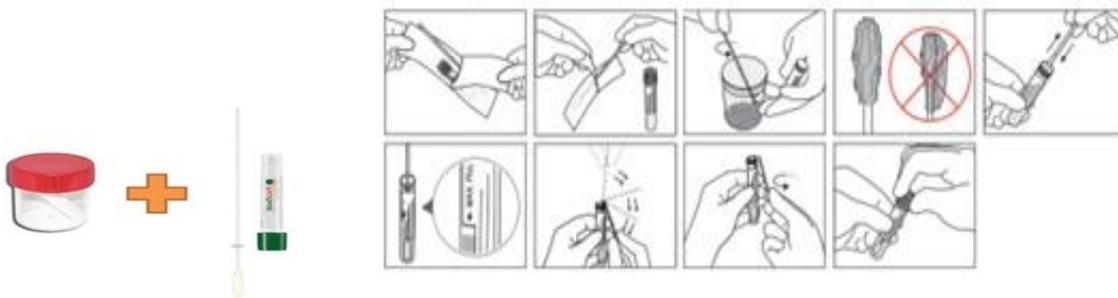


Laboratoire du Centre Hospitalier  
11, Rue du Docteur Laforge  
85201 FONTENAY LE COMTE  
tél : 02.51.53.29.31 - fax : 02.51.53.29.32

## FOR COLLECTION OF STOOL Stool and PARASITOLOGICAL REVIEW

(RECUEIL DE SELLES POUR COPROCULTURE ET EXAMEN PARASITOLOGIQUE)

Utilisation du système de prélèvement, transport et conservation FecalSwab pour le prélèvement d'échantillons de matières fécales



1. Collect stool in a **clean container**.
2. Using the spatula contained in the bottle with a red cap, transfer part of the stool and possibly elements of atypical features (blood, mucus...) in the sterile red-capped bottle provided by the laboratory.
3. Take the FecalSwab and dip it in the stool (use it like a "screwdriver" and not a "shovel") then introduce the swab into the green-capped tube according to the diagram above
4. Carefully, close the bottle and the tube containing the swab, write your last name, first name and date of birth on the 2 containers and store them in the refrigerator.
5. Bring the bottle AND the swab to the laboratory accompanied by this completed form as soon as possible.

### Information form to be completed by the patient and given to the laboratory:

Name: ..... Maiden name: .....

First Name: ..... Date of Birth: .....

Gender: M  F  Phone : .....

Date and time of collection of stool: the ..... / ..... / ..... at ..... h .....

Have the samples of stool been in the fridge? Yes (duration: ..... ) No

Have you recently made a trip to a tropical area? Yes No  
If yes, where and when? : .....

Do you have diarrhea ?  Yes  No  
Do you have a fever (over 38 ° C)?  Yes  No  
Have you taken an antibiotic since the last 7 days?  Yes  No If yes, what is its name? .....

GCS BIOLOGIE 85	LABO-FT728	Préconisation pour les examens réalisés par le patient	Signature de l'approbateur
	Version F		Dr Cindy AUBRET
	Page 16/22		Applicable le 24/07/2024

Annexe 15



Laboratoire du Centre Hospitalier  
11, Rue du Docteur Laforge  
85201 FONTENAY LE COMTE  
tél : 02.51.53.29.31 - fax : 02.51.53.29.32

## FOR COLLECTION OF STOOL SEARCH FOR BLOOD

RECUEIL DES SELLES POUR  
RECHERCHE DE SANG

### Recommendations for sampling:

Before performing the collection of stool, it is recommended:

- to wait more than three days after latest menstrual periods
- to stop taking aspirin, other drugs irritating the gastrointestinal tract and stop alcohol intake at least 48 hours before.

1. Collect stool in a clean container.
2. Using spatula, transfer a portion of stool in sterile container provided by the laboratory.
3. Carefully close the bottle and write down your name, surname and date of birth.
4. Bring the vial to the laboratory together with this form as soon as possible.

### Information form to be completed by the patient and given to the laboratory:

Name: ..... Maiden name: .....

First Name: ..... Date of Birth: .....

Gender: M  F  Phone : .....

Date and time of collection of stool: the ... / ... / ... at ... h ...

Have the samples of stool been in the fridge?  Yes (duration: ... ..)  No

Do you take any medication(s)?  NO  Yes If yes, write their name(s) :  
.....

GCS BIOLOGIE 85	LABO-FT728	Préconisation pour les examens réalisés par le patient	Signature de l'approbateur
	Version F		Dr Cindy AUBRET
	Page 17/22		Applicable le 24/07/2024

Annexe 16



Laboratoire du Centre Hospitalier  
11, Rue du Docteur Laforge  
85201 FONTENAY LE COMTE  
tél : 02.51.53.29.31 - fax : 02.51.53.29.32

## SPUTUM

EXPECTORATIONS

### Recommendations for sampling:

The collection is to be performed in the morning, preferably when waking up:

1. Perform oral rinsing with distilled water
2. When coughing or with the help of physiotherapy: collect sputum (at least 5 ml) in sterile container provided by the laboratory
3. Carefully close the bottle and write down your name, surname and date of birth.
4. Bring the bottle together with this form to the laboratory as soon as possible.

### Information form to be completed by the patient and given to the laboratory:

Name: ..... Maiden name: .....

First Name: ..... Date of Birth: .....

Gender: M  F  Phone : .....

Date and time of sputum collection: the ..... / ..... / ..... at ..... h .....

Has the collection been created with the help of physical therapy?  Yes (duration: ..... ..)  No

Have sputum samples been in the fridge?  Yes (duration: ..... ..)  No

Do you take any medication(s)?  NO  Yes

If yes, write their name (s) (s):

.....  
.....  
.....

GCS BIOLOGIE 85	LABO-FT728	Préconisation pour les examens réalisés par le patient	Signature de l'approbateur
	Version F		Dr Cindy AUBRET
	Page 18/22		Applicable le 24/07/2024

Annexe 17



Laboratoire du Centre Hospitalier  
11, Rue du Docteur Laforge  
85201 FONTENAY LE COMTE  
tél : 02.51.53.29.31 - fax : 02.51.53.29.32

## COLLECTION OF URINE FOR BK

(RECUEIL D'URINES POUR BK)

### Recommendations for sampling:

- o Collect all of the 1st morning urine in the bottle supplied by the laboratory (if not, you should not have urinated for at least 3 hours).  
Note: the collection must be done on 3 consecutive days.
- o Identify the bottle supplied by the laboratory:  
With your name, date of birth.  
Record the date and time of collection.
- o Bring the vial to the laboratory together with this form in the morning.

### Information form to be completed by the patient and given to the laboratory:

Name: ..... Maiden name: .....

First Name: ..... Date of Birth: .....

Gender: M  F  Phone : .....

Date and time of collection of stool: the ..... / ..... / ..... at ..... h .....

La version électronique fait foi

GCS BIOLOGIE 85	LABO-FT728	Préconisation pour les examens réalisés par le patient	Signature de l'approbateur
	Version F		Dr Cindy AUBRET
	Page 19/22		Applicable le 24/07/2024

Annexe 18



Laboratoire du Centre Hospitalier  
11, Rue du Docteur Laforge  
85201 FONTENAY LE COMTE  
tél : 02.51.53.29.31 - fax : 02.51.53.29.32

## URINE SMEAR (Cytologie urinaire)

### Recommendations for sampling :

- o When waking up, urinate as usual.
  - o After drinking and walking for 30 minutes to 1 hour, collect the second urination of the morning in the sterile container provided by the laboratory.
  - o Identify the bottle:  
With your name, date of birth
- Record the date and time of collection
- o Bring the vial to the laboratory together with this form as soon as possible.

### Information form to be completed by the patient and given to the laboratory:

Name: ..... Maiden name: .....

First Name: ..... Date of Birth: .....

Gender: M  F  Phone : .....

Date and time of collection of stool: the ..... / ..... / ..... at ..... h .....

La version Electronique fait foi

GCS BIOLOGIE 85	LABO-FT728	Préconisation pour les examens réalisés par le patient	Signature de l'approbateur
	Version F		Dr Cindy AUBRET
	Page 20/22		Applicable le 24/07/2024

Annexe 19



Laboratoire du Centre Hospitalier  
11, Rue du Docteur Laforge  
85201 FONTENAY LE COMTE  
tél : 02.51.53.29.31 - fax : 02.51.53.29.32

## RECUEIL DE SPERME POUR SPERMOCULTURE

### Préconisations pour le prélèvement :

1. Recueillir le sperme après une **abstinence de 2 à 5 jours**
2. Recueillir le sperme après la miction
3. **Désinfecter soigneusement** les mains, le gland, le méat, le prépuce et le sillon balano-préputil à l'aide d'un antiseptique suivi d'un rinçage à l'eau.
4. Recueillir le sperme par masturbation dans un flacon stérile à **large ouverture**.
5. Identifier le flacon :
  - ⇒ avec votre nom, prénom, date de naissance
  - ⇒ date et heure du recueil
6. Renseigner cette fiche
7. Acheminer le flacon au laboratoire accompagné de cette fiche renseignée dans les plus brefs délais et à **température ambiante** (au maximum dans **les 2h**).

### Fiche de renseignements à compléter par le patient et à remettre au laboratoire:

Nom : .....  
 Prénom : ..... Date de naissance : .....  
 Tél. : .....

Date et heure de recueil du sperme : le ..... / ..... / ..... à ..... h .....

Prenez-vous ou avez-vous pris un antibiotique dans les 7 derniers jours ?

NON

OUI

Si oui, lequel : .....

GCS BIOLOGIE 85	LABO-FT728	Préconisation pour les examens réalisés par le patient	Signature de l'approbateur
	Version F		Dr Cindy AUBRET
	Page 21/22		Applicable le 24/07/2024

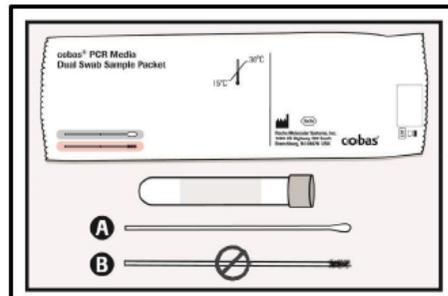
Annexe 20



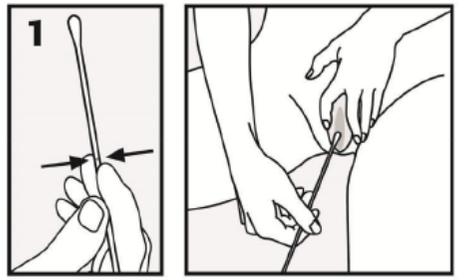
Laboratoire du Centre Hospitalier  
11, Rue du Docteur Laforge, 85201 FONTENAY LE COMTE tél : 02.51.53.29.31 - fax : 02.51.53.29.32

### AUTO-PRELEVEMENT VAGINAL

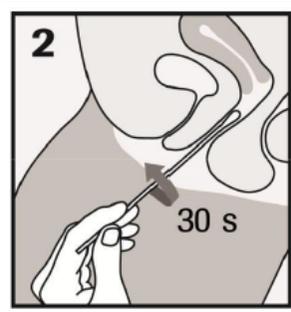
Se procurer le kit auprès du laboratoire (**Cobas PCR Media Dual Swab Sample Kit** pour PCR Chlam/Gono ou **e-Swab** pour Examen Cyto-Bactériologique)



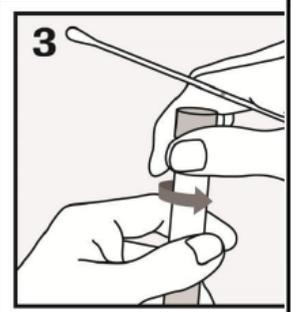
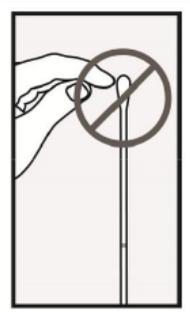
Le cobas<sup>®</sup> PCR Media Dual Swab Sample Kit contient les éléments suivants :  
TUBE de cobas<sup>®</sup> PCR Media  
Écouvillon tissé : A  
Écouvillon fin floqué : B



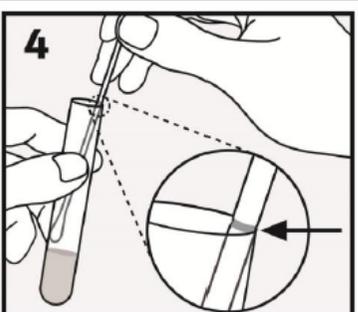
1. POSITIONNER : s'installer de façon confortable, tenir d'une main l'écouvillon tissé (écouvillon A) de sorte que la marque se trouve au-dessus de votre main. De l'autre main, maintenir les lèvres



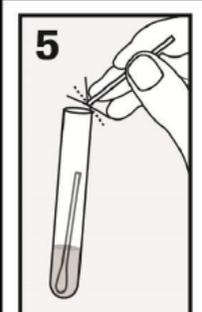
2. COLLECTER : insérer l'écouvillon à une profondeur d'environ 5 centimètres dans l'ouverture vaginale. Faire tourner doucement l'écouvillon pendant environ 30 secondes tout en le frottant contre les parois vaginales. Retirer soigneusement l'écouvillon. Avant de placer l'écouvillon dans le tube, veiller à ce qu'il n'entre en contact avec AUCUNE surface.



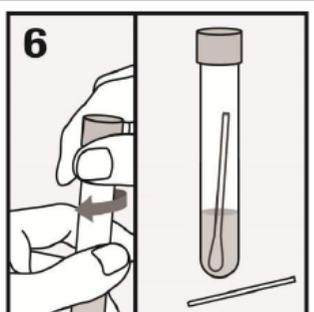
3. OUVRIR LE TUBE : retirer le bouchon du tube à l'aide de la main tenant déjà l'écouvillon, tel qu'indiqué ci-dessus.



4. Insérer l'écouvillon dans le tube jusqu'à ce que la marque visible sur la tige soit alignée avec le bord supérieur du tube. Avant de briser la tige, s'assurer que l'extrémité de l'écouvillon ne soit pas immergée dans le liquide.



5. Incliner avec précaution l'écouvillon contre le bord du tube afin de briser la tige de l'écouvillon au niveau de la marque.



6. Fermer le tube de cobas<sup>®</sup> PCR Media en serrant bien le bouchon.

### Fiche à compléter SVP

Nom : .....  
Nom de naissance : .....  
Prénom : .....  
Date de naissance : .....  
Tél. : .....

Date et heure du prélèvement :  
le ..... / ..... / .....  
à ..... h .....

Prenez-vous ou avez-vous pris un antibiotique dans les 7 derniers jours ?  
NON  OUI

Si oui, le(s)quel(s) :  
.....

**AVERTISSEMENT** : Éviter tout contact du milieu pour PCR cobas<sup>®</sup> avec la peau, les yeux ou les membranes muqueuses. En cas de contact, rincer immédiatement et abondamment à l'eau.

GCS	LABO-FT728	Préconisation pour les examens réalisés par le patient	Signature de l'approbateur
BIOLOGIE	Version F		Dr Cindy AUBRET
85	Page 22/22		Applicable le 24/07/2024

La version électronique fait foi