

## FICHE DE LIAISON ECBU

A destination du biologiste, à joindre par le prescripteur à la demande d'ECBU

<b>Identité et coordonnées du MEDECIN DEMANDEUR (<i>tampon</i>)</b>	<b>IDENTITE PATIENT</b> Nom de naissance : Prénom : Date de naissance : Sexe : <input type="checkbox"/> femme <input type="checkbox"/> homme <input type="checkbox"/> non binaire
<b>Date de la prescription :</b>	
<b>MODALITES DE PRELEVEMENT :</b> <input type="checkbox"/> milieu de jet <input type="checkbox"/> collecteur pénien <input type="checkbox"/> sondage aller-retour <input type="checkbox"/> sonde à demeure <input type="checkbox"/> néphrostomie / Bricker <input type="checkbox"/> autre :	
<b>CONTEXTE :</b>  <input type="checkbox"/> cystite simple* <input type="checkbox"/> cystite à risque de complication (cf infra) <input type="checkbox"/> cystite récidivante <input type="checkbox"/> pyélonéphrite aigüe simple <input type="checkbox"/> pyélonéphrite aigüe à risque de complication (cf infra) <i>* L'ECBU n'est pas indiqué en cas de cystite simple</i>  <input type="checkbox"/> infection urinaire masculine fébrile <input type="checkbox"/> infection urinaire masculine sans fièvre  <input type="checkbox"/> suivi de grossesse <input type="checkbox"/> EBCU avant geste sur les voies urinaires <input type="checkbox"/> autre :	
<b>ANTIBIOTHERAPIE prescrite AVANT de réaliser l'ECBU :</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui , molécule :	
Pour rappel : <b>FACTEURS DE RISQUE DE COMPLICATION</b> : grossesse, anomalie de l'arbre urinaire, insuffisance rénale sévère (DFG < 30 ml/min), immunodépression grave, âge > 75 ans ou > 65 ans avec au moins 3 critères de Fried ( <i>perte de poids involontaire au cours de la dernière année, vitesse de marche lente, faible endurance, faiblesse/fatigue, activité physique réduite</i> ). Le diabète, type 1 ou 2, n'est pas un facteur de risque de complication	

