

## Caractéristiques résident

Patient : Age : |\_\_|\_\_|\_\_| Sexe :  F /  H continent  Oui  Non  
 Sonde urinaire à demeure :  Oui (note : cocher Oui également si dispositif enlevé depuis moins de 7 jours)  Non

## Motif de l'ECBU retrouvé dans le dossier

### Signes urinaires :

Pollakiurie  Brûlures mictionnelles  Douleur sus pubienne  Douleurs lombaires

### Signes généraux :

Fièvre, Frissons, Hypothermie

### Signes non spécifiques :

Incontinence urinaire récente  
 Confusion, chute, décompensation d'une comorbidité, altération de l'état général par rapport à l'état antérieur

### Autre

Urines troubles et/ou malodorantes  
 ECBU de contrôle, dans ce cas, précisez le motif : \_\_\_\_\_  
 Autre, précisez : \_\_\_\_\_

Aucun signe clinique mentionné

## Examens complémentaires éventuels

Bandelette urinaire et résultats : BU + sans précision |\_\_| Nitrites |\_\_| Leucocytes |\_\_| (noter + /- ou laisser vide si non renseigné)  
 bladder-scan ou échographie ou échoscopie (rechercher d'un résidu post mictionnel)

## ECBU (informations orales ou écrites)

Date du prélèvement : |\_\_|\_\_|\_\_\_\_|

Leucocytes/ml :  <10<sup>4</sup>  ≥10<sup>4</sup> ne sait pas

Résultat des cultures Plurimicrobien :  Oui  Non

Monomicrobien :  Oui  Non Germe : *E. coli*  autre, précisez : -----

### « Prescription » de l'ECBU (information recueillie par oral ou tracée) :

Après avis médical (oral ou écrit)  Oui  Non

Sans avis médical : En référence au protocole de délégation IDE  Oui  Non

A l'initiative de l'IDE  Oui  Non  information non retrouvée

Date de la prescription : |\_\_|\_\_|\_\_\_\_|

### Réalisation de l'ECBU (information recueillie par oral ou tracée) :

IDE  Oui Étudiant IDE  Oui

AS  Oui Autre  Oui

Ne sait pas (aucune information recueillie, orale ou écrite)  Oui

## Actions mises en place (informations orales ou écrites) :

Hydratation  Oui  Non  information non retrouvée

Lutte contre la constipation  Oui  Non  information non retrouvée

Miction favorisée (mise aux toilettes)  Oui  Non  information non retrouvée

## Traitement antibiotique

Le résident reçoit ou a reçu un ATB  Oui  Non  information non retrouvée

Date de mise en route : |\_\_|\_\_|\_\_\_\_|

Durée de la prescription > 7 jours  Oui  Non  information non retrouvée

Molécule : -----