

### UROCULTIVO-RECuento DE COLONIAS (MUJERES Y NIÑAS)

#### Condiciones:

- Sin tratamiento antibiótico desde 72 h antes o más (salvo indicación médica).
- Si estuvo recientemente en tratamiento traer el nombre del medicamento y la fecha en que dejó de recibirlo.

#### Recolección

- Tener una retención de orina de por lo menos tres horas o la máxima retención posible.
- Antes de orinar realizar una cuidadosa higiene de la zona genital y anal:
  - Lavar prolijamente con agua y jabón *nuevo*.
  - El lavado debe hacerse desde adelante hacia atrás, nunca en sentido contrario.
  - Enjuagar con abundante agua y colocar tapón vaginal (no en niñas).
  - No secar.
- Eliminar el primer chorro de orina en el inodoro.
- Recolectar la porción media en el recipiente estéril entregado por el Laboratorio (mantener tapado hasta ese momento).
- Remitir al Laboratorio dentro de la 1º hora de finalizada la recolección de lo contrario mantener en heladera por un tiempo no mayor a 4 horas.
- Si se le solicita nueva muestra, la misma debe ser remitida al laboratorio dentro de las 48 h del pedido de la misma.



Quedamos a disposición de cualquier consulta o sugerencia.



/INDABI



3446500591

Urquiza 934 | Telefax [03446] 424777

indabi@indabi.com.ar | www.indabi.com.ar

WhatsApp: 3446500591 | Gualeguaychú

## ANAMNESIS PARA UROCULTIVO MUJER

### COMPLETAR Y ENVIAR JUNTO A LA MUESTRA DE ORINA

Apellido y nombre:.....

Edad:..... Sexo:..... Fecha:..... Hora de recolección:.....

#### Modo de recolección:

Chorro medio:..... Sondaje:..... Punción de sonda:..... Otro.....

Otro (Punción vesical, Nefrostomía, Vesicostomía, Ureterostomía):.....

Mantuvo la muestra refrigerada hasta traerla al laboratorio: SI - NO

#### SINTOMAS:

- *Aumento de la frecuencia al orinar*: SI - NO

- *Ardor*: SI - NO

- *Dolor*: SI - NO

- *Fiebre*: SI - NO

#### ANTECEDENTES:

Sonda vesical: SI - NO - Tiempo de colocación:.....

*Vejiga neurogénica*: SI - NO - *Cirugía urológica reciente*: SI - NO

Embarazo: SI - NO - Semanas de embarazo: .....

Tiene urocultivos previos en INDABI: SI - NO - .....

Recibió antibióticos recientemente: SI - NO - ¿Cuál?.....

¿Desde cuándo? ..... ¿Hasta cuándo?.....

Está tomando antibióticos actualmente: SI - NO ¿Cuál?.....

¿Desde cuándo?.....



Quedamos a disposición de cualquier consulta o sugerencia.



/INDABI



3446500591

Urquiza 934 | Telefax [03446] 424777  
indabi@indabi.com.ar | www.indabi.com.ar  
WhatsApp: 3446500591 | Gualeguaychú