CISSS Chaudière-Appalaches – Centres de prélèvement

Collecte urine 24 heures

Nom, prénom du patient : _____

Date de naissance : _____

Début de la collecte : Date : _____ Heure : _____

JETER LA PREMIÈRE URINE

Fin de la collecte : Date : _____ Heure : _____

CONSERVER LA DERNIÈRE URINE

CISSS Chaudière-Appalaches – Centres de prélèvement

Collecte urine 24 heures

Nom, prénom du patient : _____

Date de naissance : _____

Début de la collecte : Date : _____ Heure : _____

JETER LA PREMIÈRE URINE

Fin de la collecte : Date : _____ Heure : _____

CONSERVER LA DERNIÈRE URINE

CISSS Chaudière-Appalaches – Centres de prélèvement

Collecte urine 24 heures

Nom, prénom du patient : _____

Date de naissance : _____

Début de la collecte : Date : _____ Heure : _____

JETER LA PREMIÈRE URINE

Fin de la collecte : Date : _____ Heure : _____

CONSERVER LA DERNIÈRE URINE

CISSS Chaudière-Appalaches – Centres de prélèvement

Collecte urine 24 heures

Nom, prénom du patient : _____

Date de naissance : _____

Début de la collecte : Date : _____ Heure : _____

JETER LA PREMIÈRE URINE

Fin de la collecte : Date : _____ Heure : _____

CONSERVER LA DERNIÈRE URINE

CISSS Chaudière-Appalaches – Centres de prélèvement

Collecte urine 24 heures

Nom, prénom du patient : _____

Date de naissance : _____

Début de la collecte : Date : _____ Heure : _____

JETER LA PREMIÈRE URINE

Fin de la collecte : Date : _____ Heure : _____

CONSERVER LA DERNIÈRE URINE

CISSS Chaudière-Appalaches – Centres de prélèvement

Collecte urine 24 heures

Nom, prénom du patient : _____

Date de naissance : _____

Début de la collecte : Date : _____ Heure : _____

JETER LA PREMIÈRE URINE

Fin de la collecte : Date : _____ Heure : _____

CONSERVER LA DERNIÈRE URINE

CISSS Chaudière-Appalaches – Centres de prélèvement

Collecte urine 24 heures

Nom, prénom du patient : _____

Date de naissance : _____

Début de la collecte : Date : _____ Heure : _____

JETER LA PREMIÈRE URINE

Fin de la collecte : Date : _____ Heure : _____

CONSERVER LA DERNIÈRE URINE

CISSS Chaudière-Appalaches – Centres de prélèvement

Collecte urine 24 heures

Nom, prénom du patient : _____

Date de naissance : _____

Début de la collecte : Date : _____ Heure : _____

JETER LA PREMIÈRE URINE

Fin de la collecte : Date : _____ Heure : _____

CONSERVER LA DERNIÈRE URINE

CISSS Chaudière-Appalaches – Centres de prélèvement

Collecte urine 24 heures

Nom, prénom du patient : _____

Date de naissance : _____

Début de la collecte : Date : _____ Heure : _____

JETER LA PREMIÈRE URINE

Fin de la collecte : Date : _____ Heure : _____

CONSERVER LA DERNIÈRE URINE

CISSS Chaudière-Appalaches – Centres de prélèvement

Collecte urine 24 heures

Nom, prénom du patient : _____

Date de naissance : _____

Début de la collecte : Date : _____ Heure : _____

JETER LA PREMIÈRE URINE

Fin de la collecte : Date : _____ Heure : _____

CONSERVER LA DERNIÈRE URINE