

**Informations relatives au Patient :**

Nom d'Usage : \_\_\_\_\_ Nom de naissance : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Adresse complète : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_ E-MAIL : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

**Transmission des résultats :**  Serveur de résultats  Impression au laboratoire

**Informations relatives à l'assuré :**

Sécurité sociale : Nom et prénom de l'assuré : \_\_\_\_\_

Numéro d'assuré (SS) : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_ Caisse (SS) : \_\_\_\_\_

Régime particulier : \_\_\_\_\_

Mutuelle : Nom : \_\_\_\_\_ N° AMC : \_\_\_\_\_ N° adhérent : \_\_\_\_\_

**Consignes de réalisation :**

**RECUEIL DE SELLES**

Votre médecin vous a prescrit un examen nécessitant un recueil de selles, afin de réaliser un recueil optimal, merci de respecter les consignes suivantes :

<b>Générales</b>	<b>Essayer de recueillir au minimum l'équivalent d'une noisette de selles dans le flacon (couches non acceptées), bien identifier votre flacon et joindre la fiche d'informations au prélèvement</b>
<b>Parasitologie et Bactériologie des selles</b>	<b>A éviter 3 jours avant le recueil :</b> les aliments riches en fibres (fruits & légumes), les médicaments opaques (baryte, charbon), les substances laxatives et suppositoires. Les formes végétatives des parasites étant très fragiles, leur recherche ne sera réalisée que sur demande explicite du médecin et nécessite un apport des selles immédiat au laboratoire. <b>Pour la recherche de parasitose, il est recommandé de réaliser le prélèvement 3 fois sur une période de 10 jours car l'émission des parasites est intermittente.</b>
<b>Recherche de sang</b>	Réaliser le prélèvement en dehors de périodes de saignements (périodes menstruelles, hémorroïdes) et à distance d'une prise d'alcool ou d'aspirine pour ne pas fausser le résultat.

**Délai d'acheminement :**

**Apporter le prélèvement le plus rapidement possible au laboratoire**

**(Conservation < 2 heures à température ambiante ou < 6 heures au réfrigérateur)**

**Informations relatives au Prélèvement :**

Date et heure de recueil des selles : \_\_/\_\_/\_\_\_\_ à \_\_ h \_\_ Prélèvement n° 1 2 3

Conservation au frigo ?  Oui  Non

Type de recherche :  Coproculture

Parasitologie  Rotavirus  Adénovirus  Clostridium difficile  Sang

**Contexte :**

Aspect des selles ?  Liquides  Sanglantes  Glaireuses

Nombres de selles/jours : \_\_\_\_\_

Des diarrhées ?  Oui  Non Si oui, depuis quand ? \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Des démangeaisons anales ?  Oui  Non

Des nausées ou vomissements ?  Oui  Non

Des douleurs abdominales ?  Oui  Non

De la fièvre (> 38°C) ?  Oui  Non

Avez-vous une maladie inflammatoire de l'intestin ?  Oui  Non Si oui, laquelle ? \_\_\_\_\_

Votre entourage présente-t-il les mêmes symptômes ?  Oui  Non

Suspectez-vous une cause alimentaire ?  Oui  Non Si oui, lequel ? \_\_\_\_\_

Avez-vous voyagé à l'étranger ?  Oui  Non Si oui, où et quand ? \_\_\_\_\_

Avez-vous eu un antibiotique/antiparasitaire ?  Oui  Non Si oui, lequel et quand ? \_\_\_\_\_

Avez-vous été hospitalisé récemment ?  Oui  Non Si oui, quand ? \_\_\_\_\_