

Instructions de recueil

- Recueillir les selles dans un récipient propre
- A l'aide de la cuillère transférer au moins deux noix de selles dans le flacon fourni par le laboratoire. Privilégier, en cas de présence, les parties sanglantes et/ou glaireuses et/ou mucopurulentes.
- Fermer hermétiquement le flacon
- Identifier le flacon avec votre nom et prénom, noter la date et l'heure du recueil.
- Remplir la fiche de renseignements ci-dessous et l'apporter avec l'échantillon

**L'échantillon peut être conservé 12 heures au réfrigérateur maximum pour la coproculture.
En cas de parasitologie, acheminer rapidement.**

Renseignements à compléter par le patient

Nom :

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe : M F

Date, lieu et heure de recueil des selles

Le /.....

au laboratoire

apportées

àH.....

transmises

Mode de recueil : pot couche autre :

-Les selles ont-elles été mises au réfrigérateur ? Oui (durée ? :) Non

-S'agit-il d'un examen systématique réglementaire ? Oui Non

-Souffrez-vous d'une maladie chronique ? Oui (précisez :) Non

-Avez-vous des troubles digestifs : douleurs abdominales vomissements constipation diarrhées

-Nombres de selles émises/jour :

-Date de début des symptômes :/...../.....

-Notion d'épidémie / cas familiaux ? Oui Non

-Avez-vous de la fièvre $\geq 38^{\circ}\text{C}$? Oui Non

-Avez-vous voyagé dans un pays étranger ? Oui Non

Date de séjour :

Pays :

-Avez-vous observé dans vos selles : ver rond ver plat glaires sang

-Resentez-vous des démangeaisons anales ? Oui Non

-Consommez-vous ou avez-vous consommé : crudités non lavés viande/poisson/crustacés crus ou peu cuits

-Avez-vous pris un antibiotique dans les 4 semaines qui précèdent ? Oui (nom ?) Non

-S'agit-il d'un contrôle après traitement ? Oui Non

-Vous a-t'on prescrit un traitement à prendre après le prélèvement ? Oui (nom ?) Non

-Autre ? Précisez :

Date :	Réception (réservé au laboratoire)			
Heure :	Ident :	Conforme	Non conforme	Action curative (1,2 ou 3*)
Identification du prélèvement		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3
Concordance entre prélèvement et prescription		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autre :
Qualité de l'échantillon (pot mal rempli, non stérile, souillé)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obtention des renseignements cliniques nécessaires		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respect des conditions de prélèvement		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respect du délai de transmission		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respect de la température de transmission		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prélèvement		Accepté		Si action curative : Accepté Rejeté
				Visa Biologiste :