

## FIGHE DE RECUEIL DE SELLES POUR COPROCULTURE

- Cet examen est à effectuer, si possible, lors des épisodes diarrhéiques et à distance de tout traitement
- Identifier le flacon avec votre nom et prénom si cela n'a pas été fait par le laboratoire.
- Recueillir les selles dans le flacon stérile fourni par le laboratoire (au moins une noix de matières fécales).
- Le refermer aussitôt et l'apporter au Laboratoire dans l'heure 1/2 qui suit, sans l'exposer à la chaleur. .
- Si le délai est supérieur à 1 heure 1/2, le conserver au réfrigérateur au maximum 11 heures 1/2.

Votre nom est-il bien inscrit sur le flacon ?

A compléter par le patient		
Nom : ..... Prénom : ..... Sexe : H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
Date de naissance : ...../...../..... Téléphone : .....		
<u>Date de recueil</u> : ...../...../.....		<u>Heure du recueil</u> :
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prélèvement conservé au réfrigérateur : Si OUI, combien de temps :.....</li> <li>• Avez-vous un ou plusieurs des symptômes suivants ? Si OUI, lesquels (entourer) : Diarrhée / fièvre / Douleurs abdominales / Vomissements / Démangeaisons anales / Autres : .....</li> <li>• Y a-t-il des symptomatologies similaires dans l'entourage ?</li> <li>• Y a-t-il des symptomatologies similaires dans lieu de restauration ?</li> <li>• Prenez-vous ou avez-vous pris des antibiotiques récemment ? Si OUI, Nom de l'antibiotique : .....</li> <li>Il est en cours depuis : ..... Il est arrêté depuis : .....</li> <li>• Y a-t-il en antibiotique prévu ? Si OUI, Nom de l'antibiotique : .....</li> <li>• Avez-vous voyagé récemment en zone tropicale ou à l'étranger ? Si OUI, date et lieu : .....</li> <li>• Possédez-vous de nouveaux animaux de compagnie ? Si OUI, Lesquels (reptiles, rongeurs ...) : .....</li> </ul>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Réception au laboratoire	Conforme
Date : .....	
Heure : .....	

Récipient à fournir : 1flacon stérile de 60ml, si possible pré-identifié.