

FIGHE DE RECUEIL DE SELLES POUR PARASITOLOGIE

- Il est souhaitable de faire un régime sans résidu la veille du recueil (éviter crudités, céréales, pommes de terre, champignons, légumes verts et secs)
- 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 les 4 heures qui suivent, conservation à température ambiante, ne pas l'exposer à la chaleur.

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> : <input type="text"/>												
<ul style="list-style-type: none"> • Symptômes : Si OUI, lesquels (entourer) : Diarrhée / fièvre / Douleurs abdominales / Vomissements / Démangeaisons anales / Autres : • Avez-vous vu des éléments anormaux dans les selles ? • Avez-vous voyagé récemment en zone tropicale ou à l'étranger ? Si OUI, date et lieu : • S'agit-il d'un contrôle de traitement antiparasitaire ? Si OUI, nom du traitement et du parasite : • Etes-vous immunodéprimé (corticoïdes, greffe, chimio ...) ? 	<table border="1"> <thead> <tr> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	OUI	NON	<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"/>
OUI	NON												
<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 :	

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