

	FORMULAIRE	C2-F07
	Fiche de renseignements cliniques pour <u>examen microbiologique des selles</u> <u>(bacteriologie, virologie, parasitologie)</u>	Version 12
		Date d'application : 2022-11-24
		Page 1 sur 2

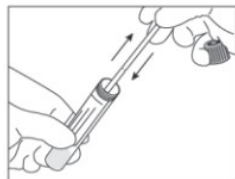
A effectuer si possible lors des épisodes diarrhéiques, en évitant tout contact avec l'urine et à distance de tout traitement. Eviter les médicaments à base de charbon, les laxatifs, les suppositoires et certains aliments (fruits et légumes). Effectuer le recueil :

- Soit directement dans le flacon
- Soit pour les enfants en bas âge, transférer si possible le contenu de la couche avec la spatule dans le flacon

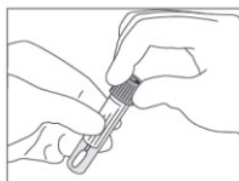
Procéder au transfert d'un échantillon de selles dans le kit Fecal swab comme indiqué ci-dessous :



1. Ouvrir le sachet pour libérer l'écouvillon. Mettre l'extrémité renflée en contact avec les selles de façon à prélever un échantillon **sans trop charger l'écouvillon** et sans dépasser le renflement. La pointe doit être colorée.



2. Retirer le bouchon du tube tout en le maintenant droit, placer l'écouvillon dans le tube en faisant en sorte de placer la ligne de cassure au bord du tube. Casser l'écouvillon.



3. Reboucher le tube et agitez-le. Identifier le tube et le pot de selles avec vos nom, prénom, date de naissance et la date du jour.

Apporter au laboratoire le pot de selles et le fecal swab

Acheminement au laboratoire :

Coproculture et/ou virologie et/ou parasitologie des selles : dans les **24h** à **température ambiante**. Pour les parasitologies des selles, effectuer 3 recueils à 2 à 3 jours d'intervalle et apporter chaque jour le recueil au laboratoire.

➤ **Renseigner impérativement la fiche de renseignements ci-dessous et joindre l'ordonnance**

Étiquette SCANFLOT
(réservé au laboratoire)

Nom :

Prénom :

Nom de naissance :

Date de naissance : __/__/____ Sexe : ☐ F ☐ M

Adresse :

Tél :

N° sécurité sociale : Caisse : Mutuelle :

Médecin prescripteur :

Résultats : ☐ **Internet :** Adresse mail :

☐ A retirer au laboratoire ☐ A poster

Date du recueil : **Heure du recueil :**

Pays d'origine ?

Voyage en zone tropicale (même ancien)? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, date(s) et lieu(x) :

Diarrhée ? ☐ OUI ☐ NON - Vomissement ? ☐ OUI ☐ NON

Fièvre ? ☐ OUI ☐ NON - Douleurs abdominales ? ☐ OUI ☐ NON

Immunodépression ? ☐ OUI ☐ NON

Élimination de vers dans les selles ☐ OUI ☐ NON

Traitement antibiotique/antiparasitaire récent ou en cours ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui lequel ?

Contrôle après traitement ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, précisez

Autres précisions :

Cadre réservé au laboratoire ☐ Anomalie Échantillons reçus : ☐ Pot selles ☐ Fecal swab
Réceptionné par : Le à h