

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:  
EXAMEN BACTERIOLOGIQUE ET/OU  
PARASITOLOGIQUE DES SELLES**



**Il est important de respecter les recommandations figurant sur ce document afin d'obtenir un recueil de qualité optimale.**

**CONDITIONS DE RECUEIL :**

- examen à réaliser de préférence lors des épisodes de diarrhées.
- réaliser le recueil après arrêt et à distance de tout traitement antibiotique, substances contenant du charbon actif, antiseptiques intestinaux, huile de paraffine, pansements gastriques...
- le recueil est réalisé de préférence dans un pot fourni par le laboratoire.
- après recueil, l'échantillon doit être déposé au laboratoire dans les 3h qui suivent.
- en cas d'impossibilité d'un transport rapide, le pot doit être conservé à température ambiante.
- en cas de **recherche d'amibiase**, le transport doit être **IMPERATIVEMENT** réalisé dans les **2h**.

**RENSEIGNEMENTS :**

Nom : ..... Prénom : ..... Date de Naissance : .....

Date et heure du recueil : .....

**SYMPTOMES :**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> diarrhée                          | <input type="checkbox"/> maux de ventre             |
| <input type="checkbox"/> vomissements                      | <input type="checkbox"/> Fièvre (T° : .....)        |
| <input type="checkbox"/> date d'apparition des symptômes : | <input type="checkbox"/> antécédent d'appendicite : |

**NOTION DE VOYAGE : (même anciens)**

- |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Lieux :                      | Dates :                      |

**NOTION de TRAITEMENT :**

- |   |  |
|---|--|
| Traitement antibiotique :   | <input type="checkbox"/> Oui ; date de l'arrêt : |
|   | <input type="checkbox"/> Non                     |
| Antiseptiques intestinaux ( <i>Ercéfuryl®</i> , <i>Intetrix®</i> , ...) | <input type="checkbox"/> Oui                     |
|   | <input type="checkbox"/> Non                     |

**ANTECEDANTS CONNUS D'INFECTIONS INTESTINALES :**

- |                                       |                      |
|---------------------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui ; Date : | La(les)quelle(s) ? : |
| <input type="checkbox"/> Non          |                      |

**ALIMENTATION**

- |   |                              |
|---|------------------------------|
| Avez-vous consommé des champignons pendant les 4 derniers jours : | <input type="checkbox"/> Oui |
|   | <input type="checkbox"/> Non |
| Avez-vous consommé de l'UltraLevure ® ou équivalent :             | <input type="checkbox"/> Oui |
|   | <input type="checkbox"/> Non |

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:  
EXAMEN BACTERIOLOGIQUE ET/OU  
PARASITOLOGIQUE DES SELLES**



**Il est important de respecter les recommandations figurant sur ce document afin d'obtenir un recueil de qualité optimale.**

**CONDITIONS DE RECUEIL :**

- examen à réaliser de préférence lors des épisodes de diarrhées.
- réaliser le recueil après arrêt et à distance de tout traitement antibiotique, substances contenant du charbon actif, antiseptiques intestinaux, huile de paraffine, pansements gastriques...
- le recueil est réalisé de préférence dans un pot fourni par le laboratoire.
- après recueil, l'échantillon doit être déposé au laboratoire dans les 3h qui suivent.
- en cas d'impossibilité d'un transport rapide, le pot doit être conservé à température ambiante.
- en cas de **recherche d'amibiase**, le transport doit être **IMPERATIVEMENT** réalisé dans les **2h**.

**RENSEIGNEMENTS :**

Nom : ..... Prénom : ..... Date de Naissance : .....

Date et heure du recueil : .....

**SYMPTOMES :**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> diarrhée                          | <input type="checkbox"/> maux de ventre             |
| <input type="checkbox"/> vomissements                      | <input type="checkbox"/> Fièvre (T° : .....)        |
| <input type="checkbox"/> date d'apparition des symptômes : | <input type="checkbox"/> antécédent d'appendicite : |

**NOTION DE VOYAGE : (même anciens)**

- |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Lieux :                      | Dates :                      |

**NOTION de TRAITEMENT :**

- |   |  |
|---|--|
| Traitement antibiotique :   | <input type="checkbox"/> Oui ; date de l'arrêt : |
|   | <input type="checkbox"/> Non                     |
| Antiseptiques intestinaux ( <i>Ercéfuryl®</i> , <i>Intetrix®</i> , ...) | <input type="checkbox"/> Oui                     |
|   | <input type="checkbox"/> Non                     |

**ANTECEDANTS CONNUS D'INFECTIONS INTESTINALES :**

- |                                       |                      |
|---------------------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui ; Date : | La(les)quelle(s) ? : |
| <input type="checkbox"/> Non          |                      |

**ALIMENTATION**

- |   |                              |
|---|------------------------------|
| Avez-vous consommé des champignons pendant les 4 derniers jours : | <input type="checkbox"/> Oui |
|   | <input type="checkbox"/> Non |
| Avez-vous consommé de l'UltraLevure ® ou équivalent :             | <input type="checkbox"/> Oui |
|   | <input type="checkbox"/> Non |