

**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 |