



Ref : DE-MU-TOUS-057-01
Version : 01

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



Ref : DE-MU-TOUS-057-01
Version : 01

**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.

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**.

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 :

RENSEIGNEMENTS :
Nom : Prénom : Date de Naissance :
Date et heure du recueil :

SYMPTOMES CLINIQUES :

<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 :

SYMPTOMES CLINIQUES :

<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 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

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	

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

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