



*Impression gérée – impression sauvage non autorisée*

**MERCI DE LIRE CETTE FICHE ENTIEREMENT AVANT LE RECUEIL**

Madame, Monsieur,  
Votre médecin vous a prescrit un examen de selles. Le résultat de cet examen dépend du bon recueil que vous allez faire. Nous vous recommandons de suivre scrupuleusement les indications suivantes.

**Indiquez vos nom, prénom, date de naissance, date et heure de recueil sur l'étiquette puis la coller sur le flacon.**

**COPROCULTURE**

*Cet examen est à effectuer de préférence, au moment d'une diarrhée.*

**LES SELLES SONT LIQUIDES**

- Les recueillir directement dans le flacon.

**LES SELLES SONT MOLLES OU MOULEES**

- Les recueillir dans un récipient propre.
- À l'aide d'une spatule, mettre un morceau de la taille d'une noix dans le flacon stérile, fourni par le laboratoire.
- Si présence de pus ou de sang, prendre ces morceaux.  
*Ne pas remplir le flacon à ras bord.*  
*Bien visser le couvercle du flacon.*
- Mettre le flacon dans le sachet fourni par le laboratoire.

**PARASITOLOGIE**

**Les examens parasitologiques des selles doivent comprendre de préférence 3 prélèvements espacés de 1 à 3 jours (au minimum 24h)**

- Dans les 3 jours précédant l'examen, il est préférable :
- d'éviter de manger des fruits, légumes et céréales.
  - de ne pas prendre de substances laxatives, de suppositoires et de médicaments opaques (baryte, charbon).
- Recueillir les selles directement dans le flacon.
- En cas d'impossibilité : les recueillir dans un récipient propre, puis à l'aide d'une spatule, mettre un morceau de la taille d'une noix dans le flacon.
- Bien visser le couvercle du flacon.
  - Mettre le flacon dans le sachet fourni par le laboratoire.
  - Apporter les selles au laboratoire dans les 2h.



Cas particuliers : nourrisson ou personne portant des couches

**Ne pas apporter la couche au laboratoire.**

- Transférer immédiatement à l'aide de la spatule le maximum des selles dans le pot stérile, fourni par le laboratoire.
- En cas de selles totalement liquides, on pratiquera un écouvillonnage rectal au laboratoire.

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Date et heure de recueil : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ à \_\_\_\_h\_\_\_\_ Recueil effectué :  Au laboratoire  A domicile

**Prenez-vous un traitement antibiotique ou antiparasitaire ?**

Antibiothérapie	Non <input type="checkbox"/>	Non communiqué <input type="checkbox"/>	A débuter <input type="checkbox"/>	En cours <input type="checkbox"/>	Récents (<6 j) <input type="checkbox"/>	Médicament : _____
-----------------	------------------------------	-----------------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------------	--------------------

**Pourquoi réalisez-vous cet examen ?**

Diarrhée	<input type="checkbox"/>	Diarrhée dans l'entourage	<input type="checkbox"/>	Vomissements	<input type="checkbox"/>	Douleurs abdominales	<input type="checkbox"/>	Pot conservé au réfrigérateur OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Fièvre	<input type="checkbox"/>	Prurit anal	<input type="checkbox"/>	Sang dans les selles	<input type="checkbox"/>	Hyper éosinophilie	<input type="checkbox"/>	
Déficit immunitaire (chimio, cortico)	<input type="checkbox"/>	Contrôle après traitement ou systématique	<input type="checkbox"/>	Médecine du travail	<input type="checkbox"/>	Recherche de BMR	<input type="checkbox"/>	
Hospitalisation récente ou vie en institution	<input type="checkbox"/>	Voyage récent	<input type="checkbox"/>	Pays : _____ Date : _____	<input type="checkbox"/>	Autre : _____		

**Rapportez-nous le pot dans les 2 heures suivant le recueil. Au-delà de cette durée, Pour une coproculture seule, mettre le pot au réfrigérateur (délai maximal 10 h). A déposer avant \_\_\_\_\_**

**Si une parasitologie est demandée, le pot doit nous parvenir impérativement dans les 2 heures suivant le recueil.**

**Cadre réservé au laboratoire**

- Aspect**
- |                                    |                                          |                                    |
|------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Moulée    | <input type="checkbox"/> Pâteuse         | <input type="checkbox"/> Liquide   |
| <input type="checkbox"/> Glaireuse | <input type="checkbox"/> Glairosanglante | <input type="checkbox"/> Sanglante |

Absence de renseignements cliniques

**VISA :**