

## 1. Identité du patient :

Nom usuel : ..... Prénom : .....

Nom de naissance : ..... Date de naissance : ...../...../.....

Lieu de naissance : ..... N° de téléphone : .....

Adresse : .....

Adresse mail : .....

N° de sécurité sociale : .....

Mutuelle (n° AMC/Télétransmission) : .....

<b>Date et heure de recueil des selles :</b>	..... / ..... / ..... à ..... h .....
Conservation du prélèvement	Température : <input type="checkbox"/> Ambiante <input type="checkbox"/> entre +2 et +8°C
<b>Renseignements cliniques</b>	
Combien de selles avez-vous par jour ? ..... fois	Date de début des symptômes : ...../...../.....
Quels <b>symptômes</b> présentez-vous ? <input type="checkbox"/> Diarrhées <input type="checkbox"/> Présence de sang <input type="checkbox"/> Présence de glaires <input type="checkbox"/> Douleurs abdominales <input type="checkbox"/> Vomissements <input type="checkbox"/> Fièvre <input type="checkbox"/> Aucun symptôme	<b>Contexte clinique :</b> <input type="checkbox"/> Voyage récent à l'étranger, <i>lieu et dates de séjour</i> : ..... <input type="checkbox"/> Traitement antibiotique < 2 mois avant le début de la diarrhée <input type="checkbox"/> Hospitalisation < 2 mois avant le début des symptômes <input type="checkbox"/> Hospitalisation en cours <input type="checkbox"/> Immunodépression, chimiothérapie <input type="checkbox"/> Mêmes symptômes dans l'entourage <input type="checkbox"/> Aucun contexte particulier
<b>Contexte</b> : Travail en collectivité	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Traitement</b> antibiotique ou anti-parasitaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si <b>oui</b> , lequel ? ..... Quand/Depuis quand ? .....

## 2. Modalité de recueil :

Recueillir un échantillon de selles fraîchement émises directement dans le flacon (ou une couche pour les bébés).

Volume du recueil : la valeur de 2 grosses noix minimum.

**Identifier le flacon avec votre Nom, Prénom et Date de naissance**

**Transfert dans le milieu de transport Fécal Transwab (bouchon bleu) :**

- Tremper l'écouvillon à plusieurs endroits dans les selles,
- Mettre l'écouvillon dans le tube et casser la tige au niveau du trait rouge avant de fermer le tube,
- Identifier le tube avec votre Nom, Prénom et Date de naissance.**

**Apporter au laboratoire le flacon et le milieu de transport.**

**Spécificité pour les Parasitologie des selles :**

- 3** examens sont nécessaires, sur **3** prélèvements différents réalisés à **3** jours d'intervalles,
- Apporter les prélèvements (**flacon + tube de transport**) au laboratoire au fur et à mesure des prélèvements,
- Éviter les fruits et les légumes 2 jours avant chaque prélèvement,
- Attendre 3 jours pour commencer le recueil :
  - Après un examen radiologique utilisant des produits opaques,
  - Après l'arrêt : d'huile de paraffine, laxatif, charbon, suppositoires, pansements intestinaux.



<b>3. Conservation</b>		Avant transmission au laboratoire BIOCT		Avant transmission au laboratoire sous-traitant Unilabs BHF
		T° Ambiante	Entre +2 et +8°C	
<b>Coproculture</b>	Flacon	2h	24h	48h max entre +2°C et +8°C
	Fécal Transwab	24h	24h	48h max entre +2°C et +8°C
<b>Parasitologie</b>	Flacon	12h	24h	48h max entre +2°C et +8°C
	Fécal Transwab	12h	24h	48h max entre +2°C et +8°C