



NOM: ..... Prénom: .....DDN\*:...../...../.....

<b>Traitement</b>	<b><u>Prenez-vous un traitement antibiotique et/ou antifongique ?</u></b>
	<input type="checkbox"/> aucun <input type="checkbox"/> après le recueil <input type="checkbox"/> en cours <input type="checkbox"/> récent et terminé: <input type="checkbox"/> depuis - de 72H <input type="checkbox"/> depuis 72H ou + <b>Nom de l'antibiotique:</b> ..... <b>Date début :</b> ..... <b>Date de fin :</b> .....

<b>Le recueil des selles</b>	→ Si possible <b>avant tout traitement antibiotique</b>
	→ En dehors des périodes de menstruation pour la recherche de sang dans les selles
	Mettre une fraction de selles dans le pot fourni par le laboratoire:
	Indiquer: date de recueil: _____  de recueil: _____
	Recueil fait: ( ) laboratoire ( ) domicile <b>ATTENTION le pot doit être apporté au laboratoire dans les plus brefs délais.</b>
	(Coproculture: moins de 2 heures si stocké à température ambiante ou moins de 12h si stocké au réfrigérateur. Recherche de sang dans les selles: moins de 6 heures si stocké à température ambiante ou 3 jours si stocké au réfrigérateur. Adénovirus, Rotavirus ou recherche de C.Difficile toxigène: moins de 48H si stocké au réfrigérateur)

<b>Informations</b>	<b><u>Pourquoi réalisez-vous une analyse des selles?</u></b>
	<input type="checkbox"/> Surveillance en l'absence de symptômes <input type="checkbox"/> Suspicion de maladie inflammatoire de l'intestin (Crohn, RCH...) <input type="checkbox"/> Contrôle après un traitement antibiotique <input type="checkbox"/> Dépistage du cancer colo-rectal <input type="checkbox"/> Présence de symptômes au retour d'un voyage récent où: _____ quand: _____ <input type="checkbox"/> Présence de symptômes en cas de suspicion d'intoxication alimentaire: aliment suspecté: _____ délai entre consommation et apparition des symptômes: _____

<b>Informations</b>	<b><u>Si vous avez des symptômes:</u></b>
	<input type="checkbox"/> diarrhée <input type="checkbox"/> constipation <input type="checkbox"/> nausées-vomissements <input type="checkbox"/> brûlures ou démangeaisons anales <input type="checkbox"/> mal au ventre <input type="checkbox"/> sang dans les selles <input type="checkbox"/> glaires ou pus dans les selles <input type="checkbox"/> douleurs en déféquant <input type="checkbox"/> douleurs articulaires <input type="checkbox"/> fièvre Depuis combien de temps avez-vous ces symptômes: _____

<b>Informations</b>	<b><u>Êtes-vous concerné par?</u></b>
	<input type="checkbox"/> chimiothérapie <input type="checkbox"/> traitement immunosuppresseur ou infection HIV <input type="checkbox"/> hospitalisation et/ou antibiothérapie dans les 2 mois qui précèdent (ajout automatique du CLODIF) <input type="checkbox"/> bilan avant embauche dans la restauration

## ZONE RESERVEE AU LABORATOIRE

<b>Étiquette DOSSIER</b>	<b><u>Conformité de l'échantillon:</u></b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> <b>NON → NC pré-analytique</b>	<b>Aspect:</b> <input type="checkbox"/> moulé/dur <input type="checkbox"/> mou <input type="checkbox"/> liquide <input type="checkbox"/> eau de riz <b>Présence de:</b> <input type="checkbox"/> sang <input type="checkbox"/> pus <input type="checkbox"/> glaires	<b>Mise en ESWAB:</b> Le ___/___/___ À ___H___ <b>Opérateur</b>
--------------------------	---	--	--

Coproculture orientée: ( ) oui ( ) non

\* **Enfant < 2ans ajouter ROTA+ADENO**

NB: en cas de réponse «Aspect: moules/dures» le CLODIF sera supprimé de la demande