	Fiche de renseignements : Analyses réalisées sur selles ***À remplir et à joindre à l'échantillon***	MU-ADP-DEN009 Version 9 Applicable le : 15/09/2022

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

Traitement

Prenez-vous un traitement antibiotique et/ou antifongique ?

□ aucun □ **après le recueil** □ en cours

□ récent et terminé: □ depuis **- de 72H** □ depuis **72H ou +**

Nom de l'antibiotique: ..... Date début : .....Date de fin : .....

Le recueil des selles

→ Si possible **avant tout traitement antibiotique**

→ 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: _____ heure de recueil: _____

Recueil fait: ( ) laboratoire

( ) domicile *ATTENTION le pot doit être apporté au laboratoire dans **les plus brefs délais** (moins de 2 heures si stocké à température ambiante ou moins de 12h si stocké au réfrigérateur)*

Informations

Pourquoi réalisez-vous une analyse des selles?

( ) Surveillance en l'absence de symptômes

( ) Contrôle après un traitement antibiotique

( ) Suspicion de maladie inflammatoire de l'intestin (Crohn, RCH...)

( ) Dépistage du cancer colo-rectal

( ) Présence de symptômes au retour d'un voyage récent

où: _____

quand: _____

( ) Présence de symptômes en cas de suspicion d'intoxication alimentaire:

aliment suspecté: _____

délai entre consommation et apparition des symptômes:_____

Si vous avez des symptômes:

( ) diarrhée ( ) constipation ( ) nausées-vomissements ( ) brûlures ou démangeaisons anales

( ) mal au ventre ( ) sang dans les selles ( ) glaires ou pus dans les selles ( ) douleurs en déféquant

( ) douleurs articulaires ( ) fièvre

Depuis combien de temps avez-vous ces symptômes: _____

Êtes-vous concerné par?

( ) chimiothérapie

( ) traitement immunosuppresseur ou infection HIV

( ) hospitalisation et/ou antibiothérapie dans les 2 mois qui précèdent *(ajout automatique du CLODIF)*

( ) bilan avant embauche dans la restauration

ZONE RESERVEE AU LABORATOIRE

Étiquette DOSSIER	**Conformité de l'échantillon:** □ OUI □ **NON** → ***NC pré-analytique***	**Aspect:** ( ) moulé/dur ( ) mou ( ) liquide ( ) eau de riz **Présence de**: ( ) sang ( ) pus ( ) glaires	Mise en ESWAB: Le ___/___/____ À ____H____	***Opérateur***

Coproculture orientée: ( ) oui ( ) non **** Enfant < 2ans ajouter ROTA+ADENO***

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