



### Quand prélever ?

- Le prélèvement doit être effectué avant toute prise d'antibiotique. Identifiez le pot fourni par le laboratoire avec vos nom, prénom et date de naissance.
- Recueillez les selles dans un récipient propre et transférer une partie dans le pot de recueil fourni par le laboratoire. Privilégiez le prélèvement dans la partie muco-purulente (glaiseuse) ou sanglante en cas de présence de sang.

### RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

PRELEVEMENT EFFECTUE LE :   /   /   à :   H

### CONSERVATION et ACHEMINEMENT

- ☐ Coproculture seule : **Maximum 24H à +4°C**
- ☐ Parasitologie des selles : 3 recueils sont nécessaires. **Chaque recueil doit être fait avec 3 à 4 jours d'intervalles. Apporter chaque recueil le plus rapidement possible.**

☐ RECUEIL N°1 ☐ RECUEIL N°2 ☐ RECUEIL N°3

### IDENTITE DU PATIENT

NOM USUEL :

NOM DE NAISSANCE :

PRENOM :

LIEU DE NAISSANCE :

DATE DE NAISSANCE :      /      /

SEXE : ☐ Féminin ☐ Masculin

Téléphone :

Adresse mail : @

Adresse postale : .....

### RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

- ☞ Fièvre (> 38°C) ? ☐ NON ☐ OUI
- ☞ Troubles digestifs ? ☐ NON ☐ OUI  
lesquels ?..... ;
- ☞ Voyage récent à l'étranger ? ☐ NON ☐ OUI  
Quel Pays ? .....
- ☞ Prise récente (<2mois) d'antibiotiques ? ☐ NON ☐ OUI  
lequel ?.....
- ☞ Y a-t-il d'autres personnes présentant les mêmes  
symptômes dans votre entourage ? ☐ NON ☐ OUI  
Si oui, quel est le lien avec ces personnes ? .....
- Elément de contamination suspectée ? .....
- ☞ S'agit-il d'une coproculture de contrôle après traitement ?  
☐ NON ☐ OUI  
Si oui, quel traitement et pour quel bactérie ou parasite ? .....

**Assuré** (joindre une copie de la carte de mutuelle si possible)

**Caisse :** .....

**N° SS :** .....

**Mutuelle :** .....

**N° préfectoral :** .....

☐ ALD ☐ CMU ☐ Invalidité

☐ Accident du travail → Date : ...

**(Joindre une copie de la déclaration d'AT)**

**Autre prise en charge :**

☐ Régime Alsace/Moselle

☐ Fond National Solidarité vieillesse

### Transmission des résultats

☐ LABO ☐ POSTE ☐ MAIL

**Adresse mail et signature obligatoire si internet :**

☐ En cochant cette case, J'accepte de recevoir des informations du Laboratoire UNILABS ou de ses partenaires mandatés par e-mail, et la mise en ligne de mes résultats sur la plateforme sécurisée Kiro. Je reconnais que mon adresse e-mail est personnelle, sécurisée et accessible uniquement aux personnes autorisées. Votre Laboratoire peut également vous transmettre des informations d'ordre pratique (changement d'horaires...) et des enquêtes de satisfaction.