



Noter votre nom, prénom et date de naissance sur le flacon avant le recueil

## QUAND FAIRE LE RECUEIL ?

- **Coproculture / recherche virus et clostridium difficile** : Si possible, **lors des épisodes diarrhéiques et avant tout traitement antibiotique** (sinon respecter un délai d'au moins 5 jours entre le traitement et le recueil).
- **Parasitologie** : trois jours avant le recueil, éviter la prise de laxatifs, suppositoires, médicaments opaques (charbon, baryte...) et suivre un régime pauvre en fibres. Effectuer 3 recueils, distants de 3-4 jours.

## COMMENT FAIRE LE RECUEIL ?

- Recueillir les selles dans le flacon stérile fourni.
- Pour les enfants le recueil peut se faire en raclant la couche avec la raclette, ou en procédant à un écouvillonnage rectal.
- Bien fermer le pot identifié, le mettre dans le sachet plastique et le fermer hermétiquement.
- Remplir le questionnaire et le joindre dans la poche externe du sachet.

## COMMENT CONSERVER LE RECUEIL AVANT LE DEPOT AU LABORATOIRE ?

- **Parasitologie, seule ou associée** : 3 h maximum à température ambiante.
- **Coproculture, clostridium difficile, virus sans parasitologie** : 12 h maximum au réfrigérateur

Merci de remplir le questionnaire suivant

- |   |   |
|---|---|
| • Nom : .....   | Prénom : .....  |
| • Nom de naissance (obligatoire) : .....                            | Date de naissance : ..... / ..... / .....                             |
| • Adresse : .....   | Ville : .....   |
| • /Mail : .....   | Tél. : .....  |
| • Caisse : .....  | Mutuelle : .....  |
| • N° S.S. : .....   |   |
| • Transmission des résultats : <input type="checkbox"/> Laboratoire | <input type="checkbox"/> Poste <input type="checkbox"/> Site internet |

Date du recueil : ..... / ..... / .....

Heure du recueil : ..... H .....

- **Signes cliniques :**
- Diarrhées ?       OUI       NON      Date de début des symptômes : ..... / ..... / .....
- Alternance : diarrhées - constipations ?       OUI       NON      Nombre de selles/jour : .....
- Douleurs abdominales ?       OUI       NON
- Vomissements ?       OUI       NON
- Fièvre ?       OUI       NON
- Autres signes ?.....
- **Avez-vous un traitement immunosuppresseur ? (Chimio, greffe, corticoïdes)**       OUI       NON
- **Y a-t-il des cas similaires dans votre entourage ?**       OUI       NON
- **Avez-vous suivi un traitement récemment ?**       OUI       NON
  - Antibiotique       Pansements intestinaux       Laxatifs
  - Si oui, date et nom ? .....
- **Avez-vous fait un voyage à l'étranger (hors Europe ou Amérique du Nord)**       OUI       NON
  - Lieu : ..... Date et durée : .....

## À REMPLIR PAR LE LABORATOIRE

- Reçu le : ..... / ..... / ..... à : ..... h ..... Par .....
- Non-conformité       OUI       NON      Précisez :