



Préconisations pour un recueil microbiologique des selles

QUAND FAIRE LE RECEUIL

- **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).

IDENTIFICATION DU FLACON

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

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 ?

- **Pour toutes les recherches : 12 h maximum au réfrigérateur**

MERCI DE REMPLIR LE QUESTIONNAIRE SUIVANT

Nom : **Nom de naissance (obligatoire)** :
Prénom : **Date de naissance** : / /

Adresse :

Ville : Tél./Mail :

Caisse : Mutuelle : N° S.S. :

Transmission des résultats : • Laboratoire • Poste • Site internet

Date du recueil : / / Heure du recueil :

➤ Date de début des symptômes : / /

➤ Signes cliniques :

- | | | | |
|--|-------|-------|-------------------------|
| • Diarrhées ? | • OUI | • NON | Nb de selles/jour |
| • Alternance : diarrhées - constipations ? | • OUI | • NON | |
| • Douleurs abdominales ? | • OUI | • NON | |
| • Vomissements ? | • OUI | • NON | |
| • Fièvre ? | • OUI | • NON | |
| • Autres signes ? | | | |

➤ Y a-t-il des cas similaires dans votre entourage ? • OUI • NON

➤ Avez-vous eu un traitement antibiotique dans les 2 derniers mois ? • OUI • NON

➤ Si oui, date et nom ?

➤ Avez-vous été hospitalisé dans les 2 derniers mois ? • OUI • NON

➤ Etes-vous immunodéprimé (corticoïdes, immunosuppresseurs, chimio, pathologie) ? • OUI • NON

➤ Avez-vous fait un voyage à l'étranger (hors Europe ou Amérique du Nord) ? • OUI • NON

➤ Lieu Date et durée

A REMPLIR PAR LE LABORATOIRE Reçu le : / / à : Par :

Non-conformité : • OUI • NON Précisez :