BIOGROUP
biologie médicale

Fiche de Prélèvement recueil des selles pour un examen bactériologique, virologique et/ou parasitologique

Ces examens sont à effectuer, si possible, lors des épisodes de diarrhée, à distance de tout traitement antibiotique.
Avant l'examen, éviter la prise de bismuth, charbon, baryte ou laxatif et certains aliments (fruits et légumes).
Ne pas utiliser de suppositoires **laxatifs** pour provoquer l'émission des selles. **Utiliser uniquement le matériel fourni.**

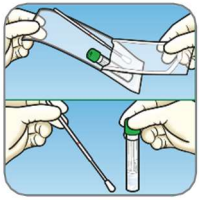
NE PAS INGERER

Pot à selles + FecalSwab fournis par le laboratoire.

Émettre les selles directement dans le pot **en prenant soin de ne pas entrer en contact avec l'urine.**

Pour un nourisson : possibilité de récupérer les selles dans la couche et de les placer dans le pot. **Le préciser sur le pot !**

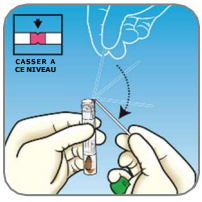
1



Avec l'écouvillon (coton tige), piquer la selle.

NE PAS TROP CHARGER l'écouvillon, **la pointe doit juste être colorée.**

2



Ne pas renverser le contenu du tube.
Mettre l'écouvillon dans le tube et casser la tige au niveau indiqué en la pliant contre le bord du tube. Reboucher fermement le tube.

3

Agiter le tube.

4

Inscrire votre **nom, prénom, date de naissance** sur le pot et le tube.

5

- **Merci de compléter la fiche au verso.**
- Apporter au laboratoire l'ensemble (pot + tube) le plus rapidement possible (dans les 2 heures) à température ambiante.
- L'échantillon peut également être conservé à +4°C pendant 24h maximum.

BIOGROUP
biologie médicale

Les **encadrés rouges** sont **obligatoires**,même si le patient est connu.

PATIENT

Nom : .....

Nom de naissance : .....

Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin

Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../.....

Adresse : .....

CP / Ville : .....

Adresse mail : .....

N° de téléphone : .....

PRÉLÈVEMENT

☐ Urgent Date : ...../...../..... Heure : .....h.....

Conservation au réfrigérateur : ☐ Oui ☐ Non

CONTRÔLE PAR LE LABORATOIRE (FACULTATIF)

Date : ...../...../..... Heure : .....h.....

Par : .....

Non-conformité : ☐ Oui

TRANSMISSION DES RÉSULTATS

☐ Site internet

☐ Retrait au laboratoire

☐ Copie au médecin traitant

Nom du médecin : .....

☐ Courrier

☐ Mail : .....

Renouvellement d'étiquettes : ☐ Oui ☐ Non

TIERS PAYANT

N° SS : .....

Caisse : .....

Mutuelle : .....

Si le patient n'est pas l'assuré :

Nom / prénom de l'assuré : .....

N° SS : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Cocher et compléter les informations suivantes pour orienter les recherches. En gras les informations obligatoires à renseigner.

SYMPTÔMES :

Fièvre > 38.5°C	☐ Oui	☐ Non
Diarrhées	☐ Oui	☐ Non
Sang dans les selles	☐ Oui	☐ Non
Amaigrissement	☐ Oui	☐ Non
Démangeaisons anales	☐ Oui	☐ Non
Présence de vers dans les selles ou les sous-vêtements	☐ Oui	☐ Non

CIRCONSTANCES PARTICULIÈRES - RÉGIME ALIMENTAIRE :

Dépistage médecine du travail	☐ Oui	☐ Non
Cas dans l'entourage	☐ Oui	☐ Non
Immunodépression	☐ Oui	☐ Non
Hospitalisation dans les 2 derniers mois	☐ Oui	☐ Non
Consommation de viande crues / peu cuites	☐ Oui	☐ Non
Consommation de poissons crus / peu cuits	☐ Oui	☐ Non
Consommation d'eau de puits / de rivière	☐ Oui	☐ Non
Baignade en eau douce	☐ Oui	☐ Non

VOYAGES :

Voyage récent en zone tropicale ☐ Oui ☐ Non

Si oui, le(s)quel(s) : .....

Date du séjour : ...../...../..... Durée du séjour : .....

TRAITEMENTS :

Traitement(s) antibiotique(s) au cours des 2 derniers mois ☐ Oui ☐ Non

Si oui, le(s)quel(s) : .....

Traitement(s) antiparasitaire(s) récent(s) ☐ Oui ☐ Non

Si oui, le(s)quel(s) : .....

Traitement(s) en continu (corticoïdes, chimiothérapie...) ☐ Oui ☐ Non

Si oui, le(s)quel(s) : .....

RECHERCHES PARTICULIÈRES :

Recherche explicite de bilharziose (schistosomes) ☐ Oui ☐ Non

Prévenir la technique : .....