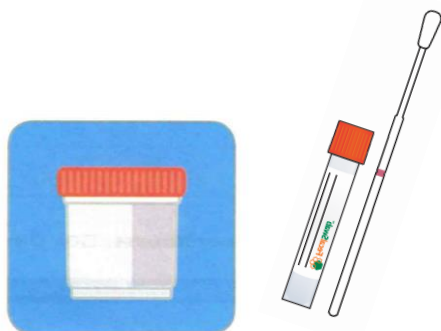


Ces examens sont à effectuer, si possible, lors des épisodes de diarrhée, à distance de tout traitement antibiotique. Avant l'examen, éviter la prise de bismuth, charbon, baryte ou laxatif et certains aliments (fruits et légumes).

Ne pas utiliser de suppositoires **laxatifs** pour provoquer l'émission des selles.

Utiliser uniquement le matériel fourni.



Pot à selle + FecalSwab fournis par le laboratoire.



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

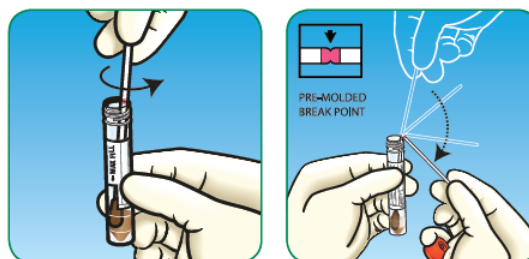
Pour un nourrisson : possibilité de récupérer les selles dans la couche et de les placer dans le pot. **A préciser impérativement sur le pot.**

1



A l'aide de l'écouvillon (coton tige), piquer à 2 - 3 endroits la selle.

2



Ne pas renverser le contenu du tube.

Mettre l'écouvillon dans le tube et casser la tige au niveau indiqué en pliant contre le bord du tube.

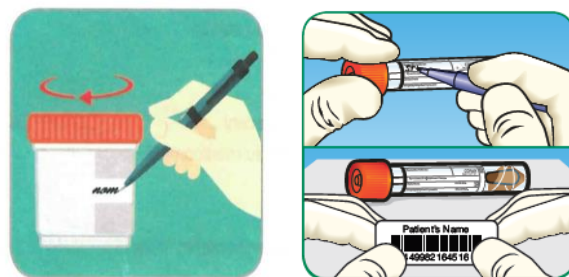
Reboucher fermement le tube.

3



Agiter le tube.

4



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

5



- Apporter l'ensemble (pot + tube) au laboratoire dans les :
- 2 heures à température ambiante,
 - 12 heures si conservé au réfrigérateur.

Tournez SVP



Vos impressions

Les explications de cette fiche sont-elles claires ?

Oui Non

La réalisation de ce prélèvement vous a paru :

Simple Moyen Compliqué

Vos remarques éventuelles :

.....
.....

PATIENT Nom : Nom de naissance : Prénom : Date de naissance : / / Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin Adresse : CP/ Ville : Tél : Mail :	PRELEVEMENT <input type="checkbox"/> Urgent Date : / / Heure : h Conservation au réfrigérateur : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non TRANSMISSION DES RÉSULTATS <input type="checkbox"/> Site internet <input type="checkbox"/> Retrait au laboratoire <input type="checkbox"/> Copie au médecin traitant : <input type="checkbox"/> Courrier <input type="checkbox"/> Mail : Renouvellement d'étiquettes : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non CONTROLE RÉCEPTION AU LABO (facultatif) Date : / / Heure : h Par : Non-conformité : <input type="checkbox"/> Oui
TIERS PAYANT N° SS : Caisse : Mutuelle :	
SI LE PATIENT N'EST PAS L'ASSURÉ Nom : Prénom : N° SS : Date de naissance : / /	
RENSEIGNEMENTS CLINIQUES COCHER ET COMPLÉTER LES INFORMATIONS SUIVANTES INDISPENSABLES POUR ORIENTER LES RECHERCHES Fièvre > 38.5 °C <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI Diarrhées <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI Vomissements <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI Consommation récente de poissons crus ou crustacés <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI Consommation de viande crue <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI Voyage récent en zone tropicale <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI Si oui, date du séjour : / / Lieu : Traitement récent <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI Si oui, nom du médicament : Autres renseignements utiles :	