

**Pour les enfants et adultes :**

- Faire réaliser les examens de selles de préférence avant toute investigation digestive par imagerie (Fibroscopie, Coloscopie, Lavement baryté) ou une semaine après l'investigation.
- Recueillir à partir d'une selle naturelle émise au domicile l'équivalent d'une « mandarine » dans le flacon adapté fourni par le laboratoire ou en pharmacie
- Remplir la présente fiche.

**Pour les nourrissons,** rapporter les selles dans la couche le plus rapidement possible au laboratoire

**Transport :**

La rapporter le plus tôt possible au laboratoire. En cas d'impossibilité, conserver le flacon au réfrigérateur (2 heures maximum).

**Identification du flacon :**

Inscrire impérativement votre **nom, prénom, date de naissance** et **téléphone** sur **l'étiquette** ou à défaut au marqueur sur le **corps du flacon**. Ne rien noter sur le bouchon

- Délai de rendu des résultats :**
- Clostridium : 24 heures (sauf si contrôle)
  - Parasitologie : 48 heures (sauf si contrôle)
  - Coproculture : 5 jours ouvrables (sauf si contrôle)

**Renseignements à compléter et rapporter avec le prélèvement :**

Ces notions seront prises en compte pour l'interprétation et la validation biologique des résultats (Norme ISO 15189)

**Nom :** ..... **Nom de naissance :** .....

**Prénom :** ..... **Date de naissance :** \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

**Date du recueil :** \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ à : \_\_ \_\_ h \_\_ \_\_

**Séjour(s) récent(s) hors de France (< 6 mois) :**  NON  OUI

Indiquer la date et les pays concernés : .....

**Début des symptômes :** \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

**Fièvre :**  NON  OUI : ..... °C

**Nombre de selles / jour :** ..... **Sinon / semaine :** .....

**Aspect des selles : (vous pouvez cocher plusieurs cases)**

scybales « = crottes de bique »	bien moulées très dures	bien moulées dures	bien moulées fermes	molles	pâteuses	semi-liquides	liquides
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Douleurs abdominales :**  NON  OUI

**Sang dans les selles :**  NON  OUI

**Prurit anal = grattage anal :**  NON  OUI

**Indiquer s'il y a lieu les dernières prises des médicaments suivants depuis 6 mois à ce jour :**

- Antibiotiques (TOUS) ..... : \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_
- Antiseptiques (ERCEFURYL - INTETRIX) ..... : \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_
- Antiparasitaires (FLAGYL - FASIGYNE - FLAGENTYL) ..... : \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

**PARTIE RESERVÉE AU LABORATOIRE**

Date de réception : \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_  
à : \_\_ \_\_ h \_\_ \_\_

Prélèvement conforme :  OUI  NON  
(conservation, délai d'acheminement)

Visa : .....