

SMQ LABO XV	Fiche de préconisation RECUEIL DE SELLES (Coproculture - Parasitologie - Clostridium - Ag. Hélicobacter P. - Calprotectine)	C2-ENR 02_N Application : 12/02/2018 Revu le : 10/12/2023 Imprimé le : 22/08/2024
------------------------------	--	---

Pour les enfants et adultes :

- Faire réaliser les examens de selles de préférence avant toute investigation digestive par imagerie (Fibroskopie, 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 :