

Prélèvement de selles (Coproculture, Parasitologie, Recherche de sang)

Réf.: A/B/C PRC2 DE TOUS 002 V01

Cet examen est à effectuer, de préférence, lors des épisodes diarrhéiques, à distance de tout traitement antibiotique et / ou à base de charbon, sels de baryum, de magnésie, d'huiles purgatives.

Recueillir les selles séparément des urines dans un récipient mis à votre disposition par le laboratoire.

Ecrire votre nom, prénom, sur le flacon.

Placer le flacon dans la pochette plastique fournie. Fermer la pochette de façon hermétique. Placer cette fiche correctement remplie avec l'ordonnance dans le deuxième compartiment de la pochette.

Transmettre la pochette avec le flacon au laboratoire en moins de 4 heures

Nom : Nom de naissance :

Prénom : Date du recueil.....

Date de naissance :/...../..... Heure du recueil:

Le recueil a-t-il été fait au laboratoire ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous pris des antibiotiques ou des antiparasitaires avant de faire le recueil ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous un traitement à prendre après le recueil ? Si oui, nom de l'antibiotique :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
S'agit-il d'un contrôle après traitement antibiotique ou parasitaire ? Date de fin du traitement :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous de la fièvre ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous des douleurs abdominales ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous eu une période de diarrhées ? Date du début :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Pensez-vous à une intoxication alimentaire ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Y a-t-il des symptômes similaires dans l'entourage proche ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous consommé des produits de la mer dans les 7 jours précédant le premier symptôme ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous des antécédents de voyage ? A quelle date :Pays :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous des antécédents familiaux ou personnels de maladies intestinales. Si oui, lesquelles :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Examen demandé par la médecine du travail ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

A/B/C PRC2-DE TOUS 002 Version 02

Prélèvement de selles (Coproculture, Parasitologie, Recherche de sang)

Réf.: A/B/C PRC2 DE TOUS 002 V01

Cet examen est à effectuer, de préférence, lors des épisodes diarrhéiques, à distance de tout traitement antibiotique et/ou à base de charbon, sels de baryum, de magnésie, d'huiles purgatives.

Recueillir les selles séparément des urines dans un récipient mis à votre disposition par le laboratoire.

Ecrire votre nom, prénom, sur le flacon.

Placer le flacon dans la pochette plastique fournie. Fermer la pochette de façon hermétique. Placer cette fiche correctement remplie avec l'ordonnance dans le deuxième compartiment de la pochette.

Transmettre la pochette avec le flacon au laboratoire en moins de 4 heures

Nom : Nom de naissance :

Prénom : Date du recueil.....

Date de naissance :/...../..... Heure du recueil:

Le recueil a-t-il été fait au laboratoire ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous pris des antibiotiques ou des antiparasitaires avant de faire le recueil ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous un traitement à prendre après le recueil ? Si oui, nom de l'antibiotique :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
S'agit-il d'un contrôle après traitement antibiotique ou parasitaire ? Date de fin du traitement :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous de la fièvre ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous des douleurs abdominales ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous eu une période de diarrhées ? Date du début :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Pensez-vous à une intoxication alimentaire ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Y a-t-il des symptômes similaires dans l'entourage proche ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous consommé des produits de la mer dans les 7 jours précédant le premier symptôme ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous des antécédents de voyage ? A quelle date :Pays :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous des antécédents familiaux ou personnels de maladies intestinales. Si oui, lesquelles :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Examen demandé par la médecine du travail ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

A/B/C PRC2-DE TOUS 002 Version 02