

**Notez vos nom, prénom et date de naissance sur le flacon avant le recueil**

## QUAND FAIRE LE RECUEIL ?

**Pour toute recherche** : Si possible, **lors des épisodes diarrhéiques et avant tout traitement** (sinon respecter un délai d'au moins 5 jours entre le traitement et le recueil).

**Parasitologie** : Trois jours avant le recueil, éviter la prise de laxatifs, suppositoires, médicaments opaques (charbon, baryte...) et suivre un régime pauvre en fibres. Effectuer 3 recueils, distants de 3-4 jours

## COMMENT FAIRE LE RECUEIL ?

- Recueillir les selles dans le flacon stérile fourni.
- Pour les enfants le recueil peut se faire en raclant la couche avec la raclette, ou en procédant à un écouvillonnage rectal.
- Bien fermer le pot identifié, le mettre dans le sachet plastique et le fermer hermétiquement.
- Remplir le questionnaire et le joindre dans la poche externe du sachet.

## COMMENT CONSERVER LE RECUEIL AVANT LE DEPOT AU LABORATOIRE ?

**Pour toutes les recherches** : 24 h maximum au réfrigérateur

## MERCI DE REMPLIR LE QUESTIONNAIRE SUIVANT

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

Nom d'usage : ..... Prénom d'usage : .....

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

Adresse : .....

Ville : ..... Tél./Mail : .....

Caisse : ..... Mutuelle : ..... N° S.S. : .....

Transmission des résultats :  Laboratoire  Poste  Site internet (mail obligatoire)

**Date du recueil** : ..... / ..... / ..... **Heure du recueil** : .....

► Date de début des symptômes: ..... / ..... / .....

### ► Signes cliniques

Diarrhées ?  OUI  NON Nb de selles/jour.....

Alternance : diarrhées - constipations ?  OUI  NON

Douleurs abdominales ?  OUI  NON

Vomissements ?  OUI  NON

Fièvre ?  OUI  NON

Autres signes ? .....

► Y a-t-il des cas similaires dans votre entourage ?  OUI  NON

► Avez-vous eu un traitement antibiotique dans les 2 derniers mois ?  OUI  NON

Si oui, date et nom ? .....

► Avez-vous été hospitalisé dans les 2 derniers mois ?  OUI  NON

► Etes-vous immunodéprimé (corticoïdes, immunosuppresseurs, chimio, pathologie) ?  OUI  NON

► Avez-vous fait un voyage à l'étranger (hors Europe ou Amérique du Nord) ?  OUI  NON

Lieu ..... Date et durée .....

## À REMPLIR PAR LE LABORATOIRE

Reçu le : ..... / ..... / ..... à : ..... Par : .....

Non-conformité :  OUI  NON Précisez : .....