



NOM : **Prénom :** **DDN*:**/...../.....

Traitement	<p><u>Prenez-vous un traitement antibiotique et/ou antifongique ?</u></p> <p><input type="checkbox"/> aucun <input type="checkbox"/> après le recueil <input type="checkbox"/> en cours</p> <p><input type="checkbox"/> récent et terminé : <input type="checkbox"/> depuis - de 72H <input type="checkbox"/> depuis 72H ou +</p> <p>Nom de l'antibiotique : Date début : Date de fin :</p>
-------------------	---

Le recueil des selles	<p>→ Si possible avant tout traitement antibiotique</p> <p>→ En dehors des périodes de menstruation pour la recherche de sang dans les selles</p> <p>Mettre une fraction de selle dans le pot fourni par le laboratoire :</p>
------------------------------	--

Indiquer : date de recueil : _____	heure de recueil : _____
Recueil fait : () laboratoire	
() domicile ATTENTION le pot doit être apporté au laboratoire dans les plus brefs délais (moins de 4 heures)	

Informations	<p><u>Pourquoi réalisez-vous une analyse des selles?</u></p> <p>() Surveillance en l'absence de symptômes () Suspicion de maladie inflammatoire de l'intestin (Crohn, RCH...)</p> <p>() Contrôle après un traitement antibiotique () Dépistage du cancer colo-rectal</p> <p>() Présence de symptômes au retour d'un voyage récent</p> <p> où : _____</p> <p> quand : _____</p> <p>() Présence de symptômes en cas de suspicion d'intoxication alimentaire :</p> <p> aliment suspecté : _____</p> <p> délai entre consommation et apparition des symptômes : _____</p>
---------------------	--

Informations	<p><u>Si vous avez des symptômes :</u></p> <p>() diarrhées () constipation () nausées-vomissements () brûlures ou démangeaisons anales</p> <p>() mal au ventre () sang dans les selles () glaires ou pus dans les selles () douleurs en déféquant</p> <p>() douleurs articulaires () fièvre</p> <p>Depuis combien de temps avez-vous ces symptômes : _____</p>
---------------------	--

Informations	<p><u>Êtes-vous concerné par ?</u></p> <p>() chimiothérapie () traitement immunosuppresseur ou infection HIV</p> <p>() hospitalisation et/ou antibiothérapie dans les 2 mois qui précèdent (<i>ajout automatique du CLODIF</i>)</p> <p>() bilan avant embauche dans la restauration</p>
---------------------	---

ZONE RESERVEE AU LABORATOIRE

Étiquette DOSSIER	Conformité de l'échantillon :	Aspect :	Mise en ESWAB :	Opérateur
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON → NC pré-analytiques	<input type="checkbox"/> moulées/dures <input type="checkbox"/> molles <input type="checkbox"/> liquide () eau de riz Présence de : <input type="checkbox"/> sang () pus () glaires	Le ___/___/___ À ___H___	

Coproculture orientée : () oui () non * **Enfant < 2ans ajouter ROTA+ADENO**

NB : en cas de réponse « Aspect : moulées/dures » le CLODIF sera supprimé de la demande