





## RECOMMANDATIONS : COPROCULTURE

O-PRE-ENR 45 version 4

Cet examen a pour objectif de rechercher des germes pathogènes lors d'épisodes diarrhéiques. Il est à effectuer de préférence avant tout traitement.	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Recueillir les selles diarrhéiques directement dans le <b>flacon stérile</b> fourni par le laboratoire.</li> <li>◆ Fermer soigneusement le flacon.</li> <li><b>i</b> Un flacon à moitié rempli suffit</li> </ul>
 NB : un pot non stérile peut être utilisé pour la parasitologie	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Vérifier que le flacon est identifié avec vos nom et prénom</li> <li>◆ Noter la date et l'heure du recueil sur la fiche.</li> </ul>
<b>Acheminement au laboratoire : maximum 2 heures après le recueil</b> <b>Si acheminement différé, conservation maximum 12 heures à 4°C</b>	
<b>A COMPLETER ET A REMETTRE AU SECRETARIAT</b>	
Nom : Prénom : Date de naissance :	Date et heure de recueil des selles : Le ...../..... à .....H.....
Avez-vous plus de 3 selles molles ou liquides par jour ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Avez-vous de la fièvre (+ de 38°C) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Avez-vous voyagé récemment à l'étranger ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui : où et quand ? .....	
Avez-vous des douleurs abdominales ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Avez-vous du sang <b>et/ou des glaires</b> dans vos selles :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Prenez-vous ou avez-vous pris récemment des antibiotiques ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Avez-vous des proches qui présentent les mêmes signes ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
S'agit-il d'un bilan de la médecine du travail ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Heure de dépôt au laboratoire : .....</b>	

## RECOMMANDATIONS : COPROCULTURE

O-PRE-ENR 45 version 4

Cet examen a pour objectif de rechercher des germes pathogènes lors d'épisodes diarrhéiques. Il est à effectuer de préférence avant tout traitement.	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Recueillir les selles diarrhéiques directement dans le <b>flacon stérile</b> fourni par le laboratoire.</li> <li>◆ Fermer soigneusement le flacon.</li> <li><b>i</b> Un flacon à moitié rempli suffit</li> </ul>
 NB : un pot non stérile peut être utilisé pour la parasitologie	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Vérifier que le flacon est identifié avec vos nom et prénom</li> <li>◆ Noter la date et l'heure du recueil sur la fiche.</li> </ul>
<b>Acheminement au laboratoire : maximum 2 heures après le recueil</b> <b>Si acheminement différé, conservation maximum 12 heures à 4°C</b>	
<b>A COMPLETER ET A REMETTRE AU SECRETARIAT</b>	
Nom : Prénom : Date de naissance :	Date et heure de recueil des selles : Le ...../..... à .....H.....
Avez-vous plus de 3 selles molles ou liquides par jour ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Avez-vous de la fièvre (+ de 38°C) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Avez-vous voyagé récemment à l'étranger ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui : où et quand ? .....	
Avez-vous des douleurs abdominales ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Avez-vous du sang <b>et/ou des glaires</b> dans vos selles :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Prenez-vous ou avez-vous pris récemment des antibiotiques ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Avez-vous des proches qui présentent les mêmes signes ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
S'agit-il d'un bilan de la médecine du travail ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Heure de dépôt au laboratoire : .....</b>	