





RECOMMANDATIONS : PARASITOLOGIE ou COPROPARASITOLOGIE
O-PRE-ENR 46 version 4

Cet examen a pour objectif d'identifier l'origine microbienne d'une affection gastro-intestinale. Il est à effectuer de préférence lors des épisodes diarrhéiques et avant tout traitement.	
	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Recueillir les selles directement dans le flacon stérile fourni par le laboratoire. ◆ Fermer soigneusement le flacon. i Un flacon à moitié rempli suffit
 <i>NB : un pot non stérile peut être utilisé pour la parasitologie</i>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Vérifier que le flacon est identifié avec vos nom et prénom ◆ Noter la date et l'heure du recueil sur la fiche.
Acheminement au laboratoire : dans les plus brefs délais et maximum 2 heures après le recueil	
A COMPLETER ET A REMETTRE AU SECRETARIAT	
Nom : Prénom : Date de naissance :	Date et heure de recueil des selles : Le / àH.....
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 et/ou des glaires 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
Heure de dépôt au laboratoire :	

RECOMMANDATIONS : PARASITOLOGIE ou COPROPARASITOLOGIE
O-PRE-ENR 46 version 4

Cet examen a pour objectif d'identifier l'origine microbienne d'une affection gastro-intestinale. Il est à effectuer de préférence lors des épisodes diarrhéiques et avant tout traitement.	
	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Recueillir les selles directement dans le flacon stérile fourni par le laboratoire. ◆ Fermer soigneusement le flacon. i Un flacon à moitié rempli suffit
 <i>NB : un pot non stérile peut être utilisé pour la parasitologie</i>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Vérifier que le flacon est identifié avec vos nom et prénom ◆ Noter la date et l'heure du recueil sur la fiche.
Acheminement au laboratoire : dans les plus brefs délais et maximum 2 heures après le recueil	
A COMPLETER ET A REMETTRE AU SECRETARIAT	
Nom : Prénom : Date de naissance :	Date et heure de recueil des selles : Le / àH.....
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 et/ou des glaires 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
Heure de dépôt au laboratoire :	