

### COPROCULTURE : Recueil de selles

- Recueillir les selles à l'émission **SANS** les récupérer dans l'eau des toilettes si possible (risque de contamination).



- Remplir le pot fourni au minimum au 1/3 avec la spatule

- Nettoyer si nécessaire l'extérieur du pot.



Retirer l'écouvillon et le tube du sachet



Prélever en tournant délicatement l'extrémité de l'écouvillon dans la selle à 3 endroits différents



Décharger l'écouvillon dans le tube (bouchon bleu)



Casser l'écouvillon dans le tube au niveau de la partie sécable (Au-dessus de la ligne orange)



Bien refermer le tube en vissant le bouchon au maximum

**Identifier** le tube et le pot (nom, prénom)

- Compléter **la fiche de renseignements au verso**.
- Placer **le tube et le pot** dans la pochette.
- Glisser la fiche complétée et l'ordonnance dans la poche latérale.

Acheminer le prélèvement au laboratoire dans les plus brefs délais.  
Conservation à température ambiante pendant 12h.

### PARASITOLOGIE DES SELLES

- Effectuer le prélèvement 3 à 4 jours après l'arrêt de certaines substances médicamenteuses pouvant gêner son interprétation (huile de paraffine, charbon, laxatifs, pansements intestinaux, baryte).
- Eviter les fruits et légumes 2 jours avant les prélèvements
- Recueillir les selles dans le flacon stérile fourni par le laboratoire, à conserver entre 15°C et 25°C
- Identifier le flacon avec votre nom et prénom. Noter la date et l'heure du recueil et apporter le dans un délai inférieur à 4h si possible.  
Dans tous les cas, le délai maximum autorisé est de 12h à température ambiante.
- Pour les recherches spécifiques d'amibes, merci de bien vouloir nous contacter.

**ELEMENTS D'ORIENTATION : Renseignements nécessaires à l'analyse**

**Afin d'effectuer vos analyses dans les meilleures conditions,  
nous vous serions reconnaissants de bien vouloir apporter des réponses précises.**

Recueil des selles: Date : ..... Heure : .....

Symptomatologie :

Si diarrhée:      Date de début de diarrhée :  
                          Nombre de selles émises par jour :  
                          Notion de diarrhée dans l'entourage :       Oui       Non  
                          Diarrhée sanglante :       Oui       Non

	Oui	Non
Douleurs abdominales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fièvre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vomissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Séjour à l'étranger :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si oui, quel pays ? ..... Date : .....

Avez-vous commencé un traitement antibiotique ou antiparasitaire ?

Non       Oui      Si Oui, lequel : .....

Date de début et/ou de fin du traitement : .....

**DONNEES ADMINISTRATIVES**

**IDENTIFICATION DU PATIENT**

M<sup>elle</sup>     M<sup>me</sup>     M<sup>r</sup>

Nom : ..... Prénom : .....

Nom de naissance : .....

Sexe :  M     F    Né(e) le :

Adresse : .....  
.....

Tél (*important*) : .....

**RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS (*si non communiqués*)**

Caisse : .....

Assuré : .....

N°AMC : .....

N° SS : .....