

Plateau technique - rue des Aigrettes - 44570 Trignac - Tél : 02-40-22-55-51

## PROTOCOLE DE RECUEIL



+



+

Fiche de renseignements  
confidentiels  
+ prescription

- 1 - Recueil des selles dans un flacon stérile fourni par le laboratoire, si possible pendant les épisodes diarrhéiques et avant la prise d'antibiotique.  
Remarque : pour les jeunes enfants, possibilité de fournir la couche.
- 2 - Revisser soigneusement le flacon
- 3 - Identifier le flacon par le nom, prénom et date de naissance
- 4 - Remplir la fiche de renseignements confidentiels (au dos)
- 5 - Placer le prélèvement dans le sachet fourni.  
Glisser la fiche de renseignements complétée et la prescription dans la poche latérale.
- 6- Transmettre le prélèvement dans les plus brefs délais.

### **CONSERVATION :**

- Recherche parasitologique sur 3 selles : faire 3 prélèvements espacés de 2 ou 3 jours. Apporter chaque flacon au laboratoire dans les 3 heures après le recueil à température ambiante.
- Coproculture : apporter le flacon au laboratoire dans les 3 heures à température ambiante. Sinon, le flacon devra être conservé au réfrigérateur (2-8°C) et apporté dans les 24h.

# RENSEIGNEMENTS À COMPLÉTER

CODE BARRE TRANSPORT : ..... (réservé au laboratoire)

## IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom du patient : .....

Nom de naissance : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Sexe :  M  F

Adresse : .....

.....

.....

Tél. : ...../...../...../...../.....

## PRISE EN CHARGE

N° de sécurité sociale :

□□□□□□□□□□/□□

Nom caisse (CPAM, MSA) .....

Département : □□□

Pour effectuer le Tiers-payant, fournir les justificatifs de sécurité sociale (attestation) et de mutuelle.

## EN L'ABSENCE DE PRESCRIPTION

Analyse demandées .....

.....

Médecin destinataire .....

**Prescription à transmettre  
dans les plus brefs délais.**

## RÉSULTATS (décret 2016-46 du 26/01/2016)

Sur le serveur internet : (Pour activer votre compte, envoyer un mail à [informatique.biolam@laborizon.fr](mailto:informatique.biolam@laborizon.fr))

Au laboratoire

Autorise M<sup>(me)</sup> .....

à récupérer mes résultats

Par courrier

Autre médecin destinataire

## PRÉLÈVEMENT

Date de recueil : ...../...../.....

Heure de recueil : .....

## RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

- Séjour à l'étranger ? oui  non

Si oui, quel pays ? .....

.....

- Quand ? .....

- Date d'apparition des symptômes :

...../...../.....

- Diarrhées ? oui  non

- Fièvre ? oui  non

- Douleurs abdominales ? oui  non

- Vomissements ? oui  non

- Parasites visibles dans les selles ?

oui  non

- Avez-vous un traitement antibiotique en cours ?

oui  non

Si oui, précisez : .....

## PARTIE RÉSERVÉE AU LABORATOIRE

Réception : date : ..... heure : .....

Nom du vérificateur : .....

Conformité :  oui  non