

B.M.P.R. – EXAMEN DES SELLES

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> BOUAYE ☎ 02 28 25 02 35 | <input type="checkbox"/> BOUGUENAI ☎ 02 40 32 09 88 | <input type="checkbox"/> CHEMERE ☎ 02 85 93 50 10 |
| <input type="checkbox"/> LA MONTAGNE ☎ 02 40 65 96 15 | <input type="checkbox"/> MACHECOUL ☎ 02 28 07 04 00 | <input type="checkbox"/> PORNIC ☎ 02 51 74 00 00 |
| <input type="checkbox"/> ST BREVIN ☎ 02 40 27 44 59 | <input type="checkbox"/> STE PAZANNE ☎ 02 40 02 43 70 | |

POUR UNE PRISE EN CHARGE OPTIMALE MERCI DE COMPLETER LES RENSEIGNEMENTS DEMANDES

Nom : **Nom de naissance (Obligatoire) :**

Prénom : **Date de naissance :**/...../.....

Sexe : M / F Tel.

Adresse principale :

Adresse vacances :

N° de Sécurité Sociale :

Nom Caisse MUTUELLE :

☞ Situation Médicale : MATER ALD INV CMU AT (+ attestation) Tiers-Payant

**Résultats
PATIENT**

à poster au laboratoire

Kalires ☞ adresse mail :

Pharmacie ☞ Nom : Ville :

URGENT

Fax :

Transmission des résultats à l'IDE : Information au patient faite

Le patient est en droit de refuser la communication de ses résultats aux préleveurs.

Effectué le **Heure :**H.....

Lieu de dépôt du prélèvement

Pharmacie au laboratoire au Cabinet IDE au Cabinet Médical

NOM : Date : / / heure de dépôt :H.....

Conditions de conservation : **T° = 4°C** T° = ambiante

Merci de respecter les conditions d'acheminement, Voir au verso ☞

- Ordonnance jointe
 Ordonnance à renouveler
(déjà au laboratoire)
 Absence d'ordonnance

CAS D'ABSENCE D'ORDONNANCE ☞ Précisez :

☞ Prescripteur :

☞ Date de la demande :

Copie(s) aux Médecins suivants : Dr..... **Fax :**

Examens demandés :

<input type="checkbox"/> Coproculture	
<input type="checkbox"/> Parasitologie	➔ <input type="checkbox"/> N°1
<input type="checkbox"/> Recherche de <i>Rotavirus, Adenovirus, Norovirus</i>	JOUR : ➔ <input type="checkbox"/> N°2
<input type="checkbox"/> Recherche de <i>Clostridium Difficile</i> (sur selles diarrhéiques)	➔ <input type="checkbox"/> N°3
<input type="checkbox"/> Sang dans les selles	

POUR UNE MEILLEURE INTERPRETATION DE VOTRE ANALYSE MERCI DE NOUS TRANSMETTRE UN MAXIMUM D'INFORMATION :

Début des symptômes : Nombre de selles par jour :

Selles diarrhéiques ? Nausées/vomissements

Avez-vous de la fièvre ?

Avez-vous des douleurs Abdominales ?

Voyage à l'étranger

Avez-vous des douleurs Abdominales ?

Antécédent de parasitose

Si oui laquelle.....

Traitement antibiotique

Si oui lequel.....

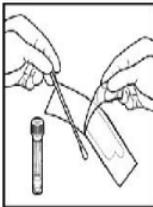
! IMPERATIF : Merci de vous référer aux modalités de recueil au DOS de la fiche ☞

- Faire le recueil dans le pot et transférer dans le flacon fecalswab selon les instructions ci-dessous



Mode d'emploi

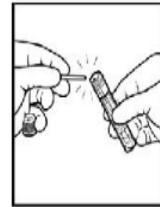
Repère de rupture ← Ne pas toucher cette partie →



- Ouvrir le sachet
- Effectuer le prélèvement avec l'écouvillon



- Ouvrir avec précaution le tube avec milieu de transport
- Insérer l'écouvillon dans le tube



- Casser la tige de l'écouvillon en laissant l'écouvillon dans le tube
- Bien revisser le bouchon
- Identifier le prélèvement

- La pointe du tampon doit être recouverte de matière fécale.
- Ne pas tenter de prélever une quantité excessive.
- **Transmission** : Merci de nous transmettre le pot de selles **et** le prélèvement avec l'écouvillon dans un délai maximum de 24h.
- **Conservation** : maintenir le pot de selles et l'écouvillon au froid **(entre +2°C et + 8°C)**.
- Identifier les flacons avec vos NOM, PRENOM, DATE de NAISSANCE, SEXE, et noter la DATE et l'HEURE du recueil.