

B. M. P. R. – EXAMEN DES SELLES

- | | | | | | |
|--------------------------------------|---|--------------------------------------|---|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> BOUAYE | <input type="checkbox"/> 02 28 07 04 00 | <input type="checkbox"/> BOUGUENAIS | <input type="checkbox"/> 02 40 32 09 88 | <input type="checkbox"/> CHEMIERE | <input type="checkbox"/> 02 85 93 50 10 |
| <input type="checkbox"/> LA MONTAGNE | <input type="checkbox"/> 02 40 02 43 70 | <input type="checkbox"/> MACHECOUL | <input type="checkbox"/> 02 28 07 04 00 | <input type="checkbox"/> PORNIC | <input type="checkbox"/> 02 51 74 00 00 |
| <input type="checkbox"/> ST BREVIN | <input type="checkbox"/> 02 40 27 44 59 | <input type="checkbox"/> STE PAZANNE | <input type="checkbox"/> 02 40 02 43 70 | | |

Nom de naissance Nom usuel

Prénom Date de naissance

Sexe : M / F Téléphone :

Adresse principale :

Adresse vacances :

N° de Sécurité

Nom Caisse MUTUELLE :

Sociale :

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

Résultat à poster au laboratoire

URGENT

S
PATIENT serveur de résultat mykali ⇒ mail :

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

Laboratoire Pharmacie Cabinet médical ou infirmier

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

CAS D'ABSENCE D'ORDONNANCE ⇒ Précisez :

Ordonnance à renouveler
(déjà au laboratoire)

☞ Prescripteur
☞ Date de la demande

Absence d'ordonnance

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

Examens demandés : Coproculture

Parasitologie

Recherche de *Rotavirus, Adenovirus*

JOUR : → N°1

Recherche de *Clostridium Difficile* (sur selles diarrhéiques)

→ N°2

Sang dans les selles

→ N°3

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 ? oui non

- Traitement antibiotique/antiparasitaire oui non

- Avez-vous de la fièvre ? oui non

Si oui lequel.....

- Nausées/vomissements ? oui non

- Y a-t-il d'autres cas dans votre entourage? oui non

- Douleurs Abdominales ? oui non

- Démangeaisons anales ? oui non

- Voyage à l'étranger oui non

- Consommation de viande crue oui non

Si oui où et quand

- Consommation de poisson/coquillage crus oui non

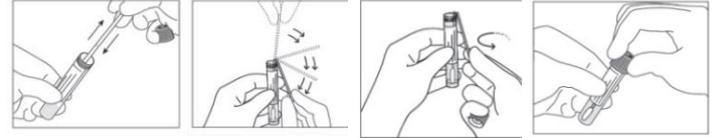
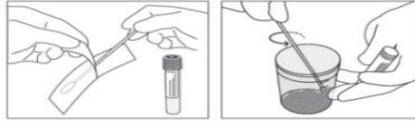
- Antécédent de parasitose oui non

- Autre :

Si oui, laquelle

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

Recueil de selles avec le Kit Fecal-Swab



- 1- Recueillir un échantillon de selles dans le pot (sans eau ni urines).
- 2- Procéder au transfert d'un échantillon de selles dans un kit de FécalSwab de la manière suivante :
- 3- Ouvrir le sachet et retirer l'écouvillon : le tenir par la tige.
- 4- Insérer la pointe de l'écouvillon dans l'échantillon de selles puis y faire pivoter l'écouvillon.
- 5- Si présence de zones visqueuses, sanguinolentes ou liquides, les sélectionner.
- 6- Transférer l'écouvillon dans le tube
- 7- Malaxer et mélanger l'échantillon dans le tube et contre les parois.
- 8- Tenir la tige au fond du tube puis casser au niveau de la marque rouge sécable.
- 9- Laisser l'écouvillon dans le tube
- 10- Reboucher le tube puis agiter pour rendre l'échantillon plus homogène.
- 11- Identifier le tube et le pot de recueil de selles puis les placer dans le sachet.
- 12- Remplir la fiche de renseignements du laboratoire puis la placer avec l'ordonnance dans la poche externe du sachet.

Conservation : maintenir le sachet contenant pot et écouvillon au froid (entre 2°C et 8°C).

Acheminement : apporter au laboratoire le pot de selles **ET** l'écouvillon Fecal-Swab le plus rapidement possible, dans un délai maximum de 24h