

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

PATIENT

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

par mail ⇒ adresse :

Pharmacie ⇒ Nom : Ville :

URGENT

Fax :

PRELEVEMENT

Effectué le Heure : H.....

TRANSMISSION

Transmission par Pharmacie Transmission par Infirmier/ière Transmission par 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 ☞

ANALYSES

- 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 (traitant) : Dr.....

Examens demandés : Recherche de Clostridium Difficile. N°1
 Parasitologie N°2
 Coproculture N°3
 Sang dans les selles

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

CLINIQUE

- Début des symptômes ?
 Perte de poids
 Avez-vous de la fièvre ?
 Avez-vous des douleurs Abdominales ?
 Voyage à l'étranger Si oui où
- Antécédent de parasitose Si oui laquelle.....
- Traitement antibiotique débuté Si oui lequel.....

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

Cet examen est à effectuer, si possible, lors des épisodes diarrhéiques. Il est souhaitable de faire cet examen à distance de tout traitement, avec un régime sans résidu pendant les 3 jours qui précèdent (impératif pour les recherches parasitologiques).

PRECONISATIONS POUR LE PRELEVEMENT :

➤ Recueillir les selles dans le flacon fourni par le laboratoire.

➤ **Identifier le flacon avec vos NOM, PRENOM, DATE de NAISSANCE, SEXE, et noter la DATE et l'HEURE du recueil.**

En l'absence d'identification du prélèvement, le laboratoire peut refuser l'échantillon et donc annuler la demande.

Pour certaines recherches (Amibes...), il est impératif de faire le recueil au laboratoire.

Recueil des selles chez un enfant portant des couches :

"Ne pas rapporter la couche au laboratoire, mais récupérer à l'aide de la spatule fournie les selles le plus rapidement possible après leur émission"

REGIME ALIMENTAIRE :

Si demande d'examen parasitologique :

Le régime sera uniquement composé de biscottes, pâtes alimentaires, riz, œufs, laitages, à la rigueur de poissons, de confitures en gelée transparente.

Ecarter du régime les poudres médicamenteuses, les haricots, les petits pois, les lentilles, les asperges, les tomates, les pommes, les poires, les pêches, les abricots, les fraises, les figues...

DELAI D'ACHEMINEMENT :

Transmettre votre échantillon sans délai au laboratoire. A défaut, vous pouvez conserver l'échantillon :

↪ ***à température ambiante (15-25°C) 8h maxi.***

En cas de recherche d'amibes : contacter le laboratoire.

Recherche de sang : amener les échantillons au Laboratoire au fur et à mesure dans un délai de 8 h.