



# DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS COPROCULTURE/PARASITOLOGIE DES SELLES

Code : PR1-ENR-TOUS-07  
Version : 1.9  
Date d'application : 21/02/2026

Enregistrement

Revue : 0

Page 1 sur 1

## MERCI DE BIEN VOULOIR NOUS FOURNIR LES RENSEIGNEMENTS UTILES À L'INTERPRETATION DE L'ANALYSE DE VOS SELLES :

**IDENTIFICATION DU PATIENT** : coller l'étiquette patient ou remplir les informations ci-dessous

NOM d'usage : ..... Prénom : ..... Sexe : ☐ F ☐ M

NOM de naissance : ..... Date de naissance : .....

Adresse : .....

N° Téléphone (impératif) : .....

Adresse mail : .....

- Recueillir les selles dans 1 récipient propre (nettoyé au savon ou à l'eau de javel).

**Ne jamais recueillir les selles dans la cuvette des toilettes.**

- A l'aide de la spatule, fournie avec le flacon stérile, mettre au minimum 3 « noix » de selles dans le flacon stérile.

- En cas de diarrhées intermittentes, préférer les selles non moulées et contenant des parties anormales (mucus, sang, pus).

- En cas de recherche de parasites dans les selles sur 3 jours, espacer le recueil des selles de plusieurs jours (2 à 3 jours entre chaque prélèvement).

### RECUEIL DES SELLES DANS LE FLACON

Date : ..... Heure : .....

### CONSERVATION DES SELLES APRES LE RECUEIL

☐ Au réfrigérateur (recommandé, 24 heures maximum)

☐ A température ambiante (4 heures maximum)

### MODALITES DE PRELEVEMENT

☐ Flacon stérile

☐ Ecouvillonnage rectal sur milieu de transport

☐ Flacon stérile (selles de stomie)

☐ Selles provenant d'une couche transférées dans un flacon stérile

### FACTEURS DE RISQUES DE COLITE A Clostridium difficile

☐ Vous avez reçu un traitement antibiotique il y a 2 mois ou moins

☐ Vous avez été hospitalisé il y a 2 mois ou moins

### RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

☐ Diarrhées ( $\geq 3$  selles molles par jour)

☐ Fièvre

☐ Notion de diarrhées dans l'entourage

☐ Prurit anal (démangeaisons)

☐ Vomissements

☐ Absence de signes cliniques

☐ Douleurs abdominales

☐ Séjour à l'étranger : Pays : ..... Date de retour : .....

### ANTIBIOTHERAPIE

Vous **êtes** sous antibiotique, antiseptique intestinal ou antiparasitaire :

☐ Non ☐ Oui, lequel : .....

Vous **étiez** sous antibiotique, antiseptique intestinal ou antiparasitaire :

☐ Non ☐ Oui, lequel : ..... Arrêt le : .....

### PARTIE RESERVEE AU LABORATOIRE OU AU PERSONNEL DE SANTE

Renseignements clinico-biologiques impossible à obtenir ☐

Date et heure du transfert des selles dans le milieu de transport : le ..... à .....

Visa de l'opérateur :