



BIOLAB

## Préconisation pour le patient Coproculture et/ou parasitologie des selles

Réf : MU-C1-INS-007-V01

Version : 01

Applicable le : 30-04-2016

La coproculture a pour objet de mettre en évidence l'agent responsable d'une diarrhée infectieuse.

La parasitologie des selles met en évidence la présence de parasites responsables de troubles digestifs et de diarrhées.

### Renseignements complémentaires (à renseigner par le patient)

*Etiquette patient*

NOM – Prénom – Nom de Jeune Fille: .....

Date de naissance : .... / .... / .....

Date de prélèvement : .... / .... / .... Heure de prélèvement : .....h.....mn

### Recommandations

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 la veille du recueil.

### Préconisations pour le prélèvement :

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



⇒ Identifier le flacon avec votre nom et prénom si cela n'a pas été fait par le laboratoire. Noter la date et l'heure du recueil.

⇒ Le flacon doit être acheminé au laboratoire dans les **plus brefs délais**.

**Résultats :** Le délai de rendu des résultats est de 4 jours pour les parasitologies et les coprocultures.

### RENSEIGNEMENTS CLINIQUES : (à remplir par le patient)

Examen réalisé pour la :

Symptômes

- ☐ Première fois   ☐ Deuxième fois   ☐ Troisième fois  
☐ **Diarrhées**   ☐ Nausées/Vomissements   ☐ Douleurs abdominales   ☐ Perte de poids   ☐ Sang des selles  
☐ Fièvre   ☐ Pas de symptôme

Délai de début des symptômes

- ☐ 1j   ☐ 2j   ☐ 3j   ☐ 4j   ☐ 5j   ☐ 1sem   ☐ 2sem   ☐ 3sem   ☐ 1mois   ☐ >1mois

Voyage récent (< 3 mois)

- ☐ Pas de voyage récent   ☐ Afrique Sub-Saharienne   ☐ Afrique du Nord   ☐ Antilles/caraïbes   ☐ Mexique/Amérique centrale  
☐ Chine   ☐ Autre à préciser:

Même symptômes dans votre entourage?

- ☐ oui   ☐ non

Antécédents de symptômes semblables?

- ☐ Non jamais   ☐ Oui rarement   ☐ Oui plusieurs fois

Antiparasitaire ou antibiotique

- ☐ Oui   ☐ Non

==> si oui, traitement:

- ☐ Pas commencé   ☐ En cours   ☐ Terminé

Antibiotique durant le mois passé?

- ☐ Oui   ☐ Non

Nom du médicament

- ☐ Amoxicilline-ac. clavulanique (AUGMENTIN)   ☐ Amoxicilline (CLAMOXYL)   ☐ Cotrimoxazole (BACTRIM)  
☐ Céfuroxime (ZINNAT)   ☐ Azithromycine (ZITHROMAX)   ☐ Ciprofloxacine (CIFLOX)  
☐ Ceftriaxone (ROCEPHINE)   ☐ Ofloxacine (OFLOCET)   ☐ Métronidazole (FLAGYL)  
☐ Tiliquinol (INTETRIX)   ☐ Triclabendazole (EGATEN)   ☐ Fubendazole (FLUVERMAL)  
☐ Niclosamide (TREDEMINE)   ☐ Pyrante (BILTRICIDE)   ☐ Ivermectine (MECTIZAN)  
☐ Albendazole (ZENTEL)   ☐ Ne sait pas   ☐ Autre (préciser): .....

(1 seule réponse)