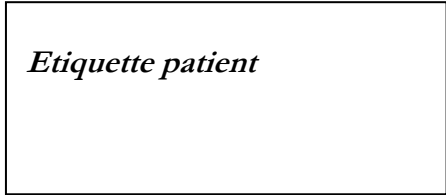




La coproculture a pour objet de mettre en évidence l'agent responsable d'une diarrhée infectieuse, la demande peut s'accompagner de la recherche d'adeno et rotavirus et/ou de Clostridium difficile. La parasitologie des selles met en évidence la présence de parasites responsables de troubles digestifs et de diarrhées.

Renseignements complémentaires (à renseigner par le patient)



NOM – Prénom – Nom de naissance :

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

(*sans légumes et sans fruits)

Préconisations pour le prélèvement :



Recueillir les selles dans le flacon stérile fourni par le laboratoire (une grosse noix) et :

- ⇒ **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.
- ⇒ **Pas de parasitologie demandée :** Apporter le flacon au laboratoire dans les 6h (conserver au réfrigérateur de préférence en attendant le transfert)
- ⇒ **Parasitologie demandée (seule ou avec autres analyses) :** apporter le flacon dans les 2 heures et avant midi et ne pas réfrigérer le flacon
- ⇒ **Compléter la demande de renseignements ci-dessous**

Résultats : Le délai de rendu des résultats est de 4 jours maximum pour la bactériologie

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES : (à remplir par le patient)

Examen réalisé pour la : Première fois Deuxième fois Troisième fois

Symptômes Diarrhées Nausées/Vomissements Douleurs abdominales Perte de poids Sang des les 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

<input type="checkbox"/> Amoxicilline-ac. clavulanique (AUGMENTIN)	<input type="checkbox"/> Amoxicilline (CLAMOXYL)	<input type="checkbox"/> Cotrimoxazole (BACTRIM)
<input type="checkbox"/> Céfuroxime (ZINNAT)	<input type="checkbox"/> Azithromycine (ZITHROMAX)	<input type="checkbox"/> Ciprofloxacine (CIFLOX)
<input type="checkbox"/> Ceftriaxone (ROCEPHINE)	<input type="checkbox"/> Ofloxacine (OFLOCET)	<input type="checkbox"/> Métronidazole (FLAGYL)
<input type="checkbox"/> Tiliquinol (INTETRIX)	<input type="checkbox"/> Triclabendazole (EGATEN)	<input type="checkbox"/> Fubendazole (FLUVERMAL)
<input type="checkbox"/> Niclosamide (TREDEMINE)	<input type="checkbox"/> Pyrantel (BILTRICIDE)	<input type="checkbox"/> Ivermectine (MECTIZAN)
<input type="checkbox"/> Albendazole (ZENTEL)	<input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> Autre (préciser):

(1 seule réponse)