

Laboratoire de Biologie Médicale SAMBOURG

code du document	version	titre
DIP28	H	PROTOCOLE DE RECUEIL DES SELLES pour recherche de SANG, de GERMES ou de PARASITES

- A partir de matières fécales émises dans un récipient propre, prélever au moins l'équivalent de 10g (une noix) de selles et les introduire dans le pot stérile à l'aide d'une spatule.
- Eviter tout contact avec l'urine ou l'eau des WC
- Si les selles en contiennent, il est important de recueillir les glaires, le pus et/ou le sang.

1. Recherche de sang sur 3 recueils différents, 3 jours consécutifs, à apporter chaque jour au laboratoire (à ne pas faire pendant les règles, éviter la prise d'alcool et toute prise d'aspirine ou d'anti-inflammatoires 2 à 3 jours avant le recueil)

2. Coproculture : selles à rapporter dans les plus brefs délais au laboratoire, dans un délai inférieur à 2 heures à 15-25°C ou inférieur à 24 heures à 2-8°C (réfrigérateur)

3. Examen parasitologique (sur selles déposées au laboratoire dans l'heure qui suit au plus tard)

Cet examen est à effectuer avec un régime sans résidu la veille du recueil et si possible, lors des épisodes diarrhéiques: il est souhaitable de faire cet examen à distance de tout traitement (anti-parasitaires, bismuth, charbon, huile de paraffin)

Merci de bien vouloir compléter cette fiche de renseignements :

Nom:Prénom:né(e) le:
Heure de recueil :.....

Examen systématique sans signe clinique associé: OUI NON

Examen motivé par la présence de symptômes:

Amaigrissement :	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Démangeaisons anales :	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Fièvre :	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Selles hémorragiques :	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Vomissements :	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Selles de couleur anormale :	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Douleurs abdominales :	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Selles glaireuses, liquides :	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Diarrhées :	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Selles muco-purulentes :	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Constipation :	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Présence d'éléments mobiles dans les selles (vers, anneaux...)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Alternance diarrhées/constipations :	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		

Voyage ou séjour à l'étranger dans une zone à risques: si oui, merci de préciser le

Pays:

et la Date du retour

Examen de médecine du travail (restauration): OUI NON

Séjour hospitalier récent: OUI NON

Vie en collectivité (crèches, maison de retraite, restauration collective): OUI NON

Traitements spécifiques (en particulier antibiotiques, anti-parasitaires):

médicament:.....

utilisation pour les femmes de crème vaginale type

Vagisil:* OUI NON

NB: tout changement de version de ce document entraîne une mise à jour simultanée de notre site Internet

action	code intervenant	date
document rédigé par:	RC	23.11.18
document vérifié par:	JG	23.11.18
document approuvé par:	MM	23.11.18
document revu par:		
motif et objet de la modification:	Passage en version H pour question supplémentaire concernant le Vagisil* (possibilité interférence en biologie moléculaire)	
destinataire	date et signature	
[Tous]		