



**FORMULAIRE DE PRECONISATIONS ET
RENSEIGNEMENTS CLINIQUES COPRO CULTURE -
EXAMEN PARASITOLOGIQUE DES SELLES**

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom marital : _____ Nom de naissance : _____
Prénom : _____
Date de naissance : _____ Date et heure du recueil : _____

PRECONISATIONS

Intérêt : recherche de micro-organismes pathogènes, responsables de diarrhées

A effectuer, si possible, lors d'épisodes diarrhéiques, à distance de tout traitement antibiotique et 3 à 4 jours après l'arrêt de certaines substances médicamenteuses qui pourraient gêner son interprétation (huile de paraffine, charbon, laxatifs, mucilages, baryte).

Matériel :	Protocole de recueil :
Un flacon stérile	Recueillir les selles dans un flacon stérile
Cette fiche	Il n'est pas nécessaire de remplir le flacon au-delà de la moitié
Un sachet double poche	Refermer hermétiquement le flacon
	Identifier le flacon (Nom, prénom, date de naissance).
	Le placer à l'intérieur du sachet double poche.
	Remplir la partie « renseignements cliniques » de cette fiche et la glisser dans la poche extérieure du sachet

Conditions de transport au laboratoire :

Acheminer le prélèvement au laboratoire dans les **2 heures (conservation T°C ambiante)** si la selle est liquide ou sanglante.

Délai maximum autorisé : 12 heures à 4°C si la **selle est moulée uniquement**

Si une recherche d'amibes est spécifiée sur l'ordonnance, le recueil doit être réalisé au laboratoire ou acheminé dans les 30 mn suivant le recueil si la selle est liquide ou sanglante.

Si une recherche d'anguillule est demandée laisser les selles à température ambiante.

Si plusieurs examens parasitologiques des selles sont prescrits sur la même ordonnance, il est préférable de les réaliser à **2 ou 3 jours d'intervalles plutôt que 2 jours consécutifs**. Les ramener un par un au laboratoire.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Avez-vous les signes suivants ?			Circonstances particulières à signaler		
Diarrhée	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Cas dans l'entourage ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Sang dans les selles	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Dépistage, médecine du travail ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Douleurs abdominales	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Chimiothérapie, immunodépression ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Fièvre	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Recherche d'anguillule <u>avant traitement</u> corticoïde		
Vomissements	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	ou immunosuppresseur ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Voyages en pays étranger	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Si oui où :	Quand :
Est-ce un contrôle après antibiotique ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Si oui, lequel et durée du traitement :	
			Antibiotique :	Durée
Est-ce un contrôle après traitement anti parasitaire ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Anti parasitaire :	Durée
			Date de l'arrêt du traitement :	



FORMULAIRE DE PRECONISATIONS ET RENSEIGNEMENTS CLINIQUES COPROCULTURE - EXAMEN PARASITOLOGIQUE DES SELLES

Page 3 sur 5

MU-PREA-FE-006
Version : 05

PATIENT IDENTIFICATION

Name: Birth Name:
First name:
Birth date: Date and time of the sample collection

PRECONISATIONS

Aim: research of pathogenic microorganisms, responsible of diarrhea.

Must be done, if possible, away from diarrhea episodes and away from any antibiotic treatment and 3 to 4 days after the stopping of some medicines that could interfere in its interpretation (paraffin oil, activated carbon, laxative, mucilage, barite)

Material :	Collection Protocol
Sterile container	Collect the stool into a sterile container
This document	It is not necessary to fill the vial beyond the half
A double pocket bag	Reseal hermetically the bottle Identify the bottle (name, first name, birth date). Place it inside the double pocket bag. Fill the section of the «clinical information» of this document and put it into the external pocket of the bag.

Quick transport to the laboratory :

Take it to the laboratory within 2 hours (keep it in room temperature) if the stool is liquid or bloody
Maximum time allowed 12 hours at 4°C, only if the stool is molded.

If an amoeba research is specified on the prescription, the collection must be performed in the laboratory or transported within 30 min after the collection) if the stool is liquid or bloody.

If an a eelworm research is specified on the prescription keep the stool at room temperature

If several parasitological exams are specified on the same prescription, it is advised to realize them 2-3 days apart than two consecutive days. Bring the samples one by one to the laboratory.

CLINICAL INFORMATION

Do you have the following signs?			Special circumstances to report	
Diarrhea	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no	Cases in the entourage?	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no
Blood in the stool	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no	Screening, occupational health (cooks ...)	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no
Abdominal pain	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no	Search for eelworm before corticoid or immunosuppression treatment:	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no
Fever	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no	Chemotherapy, immunosuppression	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no
Vomit	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no		

Travel aboard: yes no If yes, where: When:

Is this a control after an antibiotic or anti parasite treatment? yes no
If yes, which one? Duration of treatment? :
Antibiotic: **Duration:**
Anti-parasite: **Duration:**
Cessation date of the treatment:

هوية المريض:

IDENTIFICATION DU PATIENT

الاسم العائلي عند الولادة:

الاسم العائلي:

Nom de naissance

NOM

الاسم الشخصي:

Prénom

تاريخ ووقت جمع البراز:

تاريخ الولادة:

Date et heure de recueil

Date de naissance

التوصيات

PRECONISATIONS

الهدف: البحث على الطفيليات المسؤولة عن الإسهال

Intérêt: recherche de micro-organismes pathogènes, responsables de diarrhées

يستحسن القيام خلال الإصابة بالإسهال بعيدا عن أي علاج بالمضادات الحيوية و3-4 أيام بعد توقف بعض الأدوية (زيت البارافين، الفحم، المليينات، الصمغ، البائرات)

A effectuer, si possible, lors d'épisodes diarrhéiques, à distance de tout traitement antibiotique et 3 à 4 jours après l'arrêt de certaines substances médicamenteuses qui pourraient gêner son interprétation (huile de paraffine, charbon, laxatifs, mucilages, baryte)

المعدات

Matériel:

علبة معقمة

Un flacon stérile

هاده الورقة

Cette fiche

كيس زوجين

Un sachet

double poche

طريقة الإنجاز

Protocole de recueil:

جمع البراز في علبة معقمة

Recueillir les selles dans un flacon stérile

ليس من الضروري ملأ العلبة أكثر من النصف

Il n'est pas nécessaire de remplir le flacon au-delà de la moitié

غلق العلبة بإحكام

Refermer hermétiquement le flacon

وضع البيانات على العلبة (الإسم العائلي، الإسم الشخصي، تاريخ الولادة)

Identifier le flacon (Nom, prénom, date de naissance).

وضع العلبة في الجيب الداخلي للكيس

Le placer à l'intérieur du sachet double poche.

تعمير المعلومات السريرية في هذه الورقة ووضعها بالجيب الخارجي للكيس

Remplir la partie « renseignements cliniques » de cette fiche et la glisser dans la poche extérieure du sachet

ظروف النقل

Conditions de transport au laboratoire

يجب نقل العينة إلى المختبر في غضون (2) ساعتين (الإحتفاظ بها في درجة حرارة الغرفة) ماعدا إذا كان البراز سائل أو دموي

Acheminer le prélèvement au laboratoire dans les 2 heures (conservation T°C ambiante) si la selle est liquide ou sanglante.

إذا كان البراز متكاسما فالحد الأقصى المسموح به هو 12 ساعة في درجة حرارة 4°C

Délai maximum autorisé : 12 heures à 4°C si la selle est moulée uniquement

إذا كان الطلب هو البحث عن (امب) في الوصفة الطبية يجب جمع العينة في المختبر أو نقلها في غضون 30 دقيقة بعد الجمع

Si une recherche d'amibes est spécifiée sur l'ordonnance, le recueil doit être réalisé au laboratoire ou acheminé dans les 30 mn suivant le recueil si la selle est liquide ou sanglante.

إذا طلب بحث (أنجلول) يجب وضع العينة في درجة حرارة الغرفة

Si une recherche d'anguillule est demandée laisser les selles à température ambiante.

إذا طلب عدة امتحانات طفيلية في البراز على نفس الوصفة الطبية فمن الأفضل تحقيقها على إثتان (2) أو ثلاث (3) فترات عوض

أيامين متتابعين. يجب نقل العينة واحدا تلو الأخرى

Si plusieurs examens parasitologiques des selles sont prescrits sur la même ordonnance, il est préférable de les réaliser à 2 ou 3 jours d'intervalles plutôt que 2 jours consécutifs. Les ramener un par un au laboratoire.

المعلومات السريرية

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

هل لديك العلامات التالية: Avez-vous les signes suivants ?			ظروف معنية الإختبار Circonstances particulières à signaler	
<input type="checkbox"/> لا Non	<input type="checkbox"/> نعم Oui	الإسهال Diarrhée	هل هناك آخرين في حاشيتك لهم الإسهال Cas dans l'entourage ?	
<input type="checkbox"/> لا Non	<input type="checkbox"/> نعم Oui	دم في البراز Sang dans les selles	<input type="checkbox"/> لا Non	<input type="checkbox"/> نعم Oui
<input type="checkbox"/> لا Non	<input type="checkbox"/> نعم Oui	آلام في البطن Douleurs abdominales	فحص، الطب المهني Dépistage, médecine du travail ?	
<input type="checkbox"/> لا Non	<input type="checkbox"/> نعم Oui	حمى Fièvre	<input type="checkbox"/> لا Non	<input type="checkbox"/> نعم Oui
<input type="checkbox"/> لا Non	<input type="checkbox"/> نعم Oui	قيء Vomissements	العلاج الكيميائي، المناعة Chimiothérapie, immunodépression ?	
			البحث عن (أنجلول) قبل (كر تكويد) أو (إنسبرسور) Recherche d'anguillule <u>avant traitement</u> corticoïde ou immunosuppresseur ?	
			<input type="checkbox"/> لا Non	<input type="checkbox"/> نعم Oui

<input type="checkbox"/> لا Non	<input type="checkbox"/> نعم Oui	السفر إلى الخارج Voyages en pays étranger	ومتى: Quand	إذا نعم أين: Si oui où
إذا نعم ماهو وماهي المدة Si oui, lequel et durée du traitement :			<input type="checkbox"/> لا Non	<input type="checkbox"/> نعم Oui
المدة: Durée	المضادات الحيوية Antibiotique		البحث بعد أخذ المضادات الحيوية Est-ce un contrôle après antibiotique	
المدة: Durée	المضادات الطفيلية Anti parasitaire		<input type="checkbox"/> لا Non	<input type="checkbox"/> نعم Oui
تاريخ توقف: Date de l'arrêt du traitement			البحث بعد أخذ المضادات الطفيلية Est-ce un contrôle après traitement anti parasitaire	