



A réaliser si possible avant de commencer un traitement antiparasitaire.

### Intérêt :

Ce test permet de mettre en évidence les œufs d'oxyures (vers intestinaux) très fréquents chez les enfants et très contagieux, entraînant des démangeaisons et troubles du sommeil.

### Préconisations pour le prélèvement à domicile par le patient :

- A effectuer au lever avant la toilette et les premières selles.
- Décoller le scotch **transparent** de son support.
- Appliquer le coté adhésif sur les plis de la marge anale et le maintenir en appuyant quelques secondes.
- Retirer le scotch et l'étaler sur la lame support.
- Renouveler l'opération avec le second scotch.
- Replacer les 2 lames dans l'étui.
- **Identifier l'étui avec Nom et Prénom** si cela n'a pas été fait par le laboratoire. **Noter l'heure de prélèvement.**
- Mettre l'étui dans le sachet de transport avec la prescription et la fiche de renseignements complétée.

⚠ Attention : Tout flacon ne portant pas les informations demandées pourra être refusé

L'étui doit être acheminé au laboratoire dans les **plus brefs délais (<24h)**.

### Délai de rendu des résultats :

Le délai moyen est estimé à 24h mais peut varier dans certains cas.



Joindre l'ordonnance du médecin

Réservé au laboratoire  
(Scan ordo)  
à compléter ou coller étiquette  
d'identification

IDENTIFICATION DU PATIENT	<input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mr <input type="checkbox"/> Enfant		<b>Date de naissance :</b> ..... / ..... / .....		
	Nom <b>USUEL</b> .....				
	Nom de <b>NAISSANCE</b> (OBLIGATOIRE) .....				
	Prénom .....		Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
	Adresse .....		Tél. : .....		
	Code postal : ..... Ville : .....		Port. : .....		
RENSEIGNEMENTS CLINIQUES PLV	Mail : ..... @ .....				
	N° Sécu : .....				
	Caisse : .....		Mutuelle : .....		
	Identité <b>PRELEVEUR</b> : .....		Date et Heure : ...../...../..... à ..... h.....		
	Renseignements cliniques (cocher oui ou non)			Oui	Non
	Avez-vous des diarrhées ?				
Avez-vous vu des vers dans les selles ?					
Avez-vous des démangeaisons anales ?					
Avez-vous commencé un traitement vermifuge ?					
S'agit-il d'un examen de contrôle après traitement ? (si oui, date de fin de traitement : ..... )					

#### Sélectionner le laboratoire

<b>PALISSY</b> - La Chapelle Tél : 03 25 43 35 43	<b>1<sup>er</sup> RAM</b> - TROYES Tél : 03 25 43 47 20	<b>1<sup>er</sup> MAI</b> -TROYES Tél : 03 25 46 22 44	<b>HERRIOT</b> - TROYES Tél : 03.25.72.30.20
<b>PARVIS</b> TROYES Tél : 03.25.74.99.25	<b>PASTEUR</b> -TROYES Tél : 03.25.43.47.10.	<b>BAR/Seine</b> Tél : 03 25 29 96 60	<b>BAR/Aube</b> Tél : 03 25 92 39 80
<b>PROVINS - Val</b> Tél : 01 64 00 07 08	<b>ROMILLY</b> Tél : 03 25 24 04 12	<b>NOGENT</b> Tél : 03 25 39 02 98	<b>TONNERRE</b> Tél : 03.86.55.02.67
<b>St FLORENTIN</b> Tél : 03 86 35 27 41	<b>MIGENNES</b> Tél : 03.86.80.09.41	<b>VILLENEUVE/Y</b> Tél : 03.86.87.21.40	<b>CHAUMONT</b> Tél 03.25.32.90.90