



A réaliser si possible avant de commencer un traitement antibiotique ou anti-parasitaire.

Intérêt : La coproculture a pour objet de mettre en évidence l'agent infectieux responsable d'une diarrhée infectieuse ou de troubles intestinaux.

La parasitologie permet de détecter la présence d'un parasite dans le tube digestif.

Préconisations pour le recueil :

- Recueillir au moins la moitié du flacon avec les selles.
- Piquer l'écouvillon **immédiatement** dans les selles à 5 endroits différents puis casser l'écouvillon dans le tube et le refermer.
- Bien fermer le flacon des selles en vissant à FOND.
- **Identifier le flacon et le tube avec Nom / Prénom / date de naissance** si cela n'a pas été fait par le laboratoire. Noter la **date et l'heure du recueil**.
- Mettre le pot et le tube dans le sachet de transport et la prescription et fiche de renseignements complétée dans la poche extérieure du sachet.

☛ Tout flacon ne portant pas les informations demandées pourra être refusé.

ATTENTION POUR LA PARASITOLOGIE DES SELLES :

L'examen se pratique à distance (3jours) de la prise de médicaments opaques (baryte, charbon...), de substances laxatives ou de suppositoires.

Un régime alimentaire faible en résidus est recommandé 48 heures avant le recueil

Aliments autorisés	🚫 Aliments à éviter
Pain blanc, biscottes Viande, poisson, œufs Pâtes, riz Laitages, fromage	Pain de seigle, pain aux céréales, pain complet Cruautés, salades Légumes verts, légumes secs, pomme de terre Tisanes

- Apporter au laboratoire le flacon et le tube dans les **plus brefs délais** (< 12 heures à température ambiante).
- A défaut, conserver le tout au réfrigérateur pendant 24 heures maximum.

Délai de rendu des résultats :

Le délai moyen est estimé à 72 heures mais peut varier dans certains cas.



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		Date de naissance : / /		
	Nom USUEL				
	Nom de NAISSANCE (OBLIGATOIRE)				
	Prénom		Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
PLV	Adresse		Tél. :		
	Code postal : Ville :		Port. :		
	Mail : @				
	N° Sécu :				
RENSEIGNEMENTS CLINIQUES	Caisse :		Mutuelle :		
	Identité PRELEVEUR :		Date et Heure :/...../..... àh.....		
	Renseignements cliniques (cocher oui ou non)			Oui	Non
	Avez-vous voyagé récemment dans un pays tropical (<3 mois) ?				
	Avez-vous de la fièvre ?				
	Avez-vous des diarrhées ?				
	Avez-vous des vomissements ?				
	Avez-vous vu des vers dans les selles ?				
	Avez-vous des démangeaisons anales ?				
	Avez-vous commencé un traitement antibiotique ou antiparasitaire ?				
S'agit-il d'un examen de contrôle après traitement ? (si oui, date de fin de traitement :)					

Sélectionner le laboratoire

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