

PATIENT

Nom :

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance : / /

Téléphone :

Adresse :

.....

.....

CP : VILLE :

N° Sécu :

Mutuelle N° AMC :

CONTEXTE

Signes d'infection (diarrhée, douleurs abdominales)

Voyage récent à l'étranger
Pays visité :

Contrôle après traitement antibiotique

Traitement antibiotique en cours
Nom de l'antibiotique :

PRELEVEMENT

Date .../.../... Heure : ...h

CONSERVATION

**SELLES A CONSERVER A +4°C avant
Transmission au laboratoire (max 24 h)**

**Selles conservées moins de 24h à
+4°C ?**

OUI NON

RESULTATS

Mail patient :

Mail médecin :

Écrire vos nom et prénom sur le flacon

RECEPTION (Réservé au laboratoire)

Nom :

Date :

Heure :

Conformité des échantillons à la réception :

Oui Non

Double contrôle de la saisie

Nom :

Signature :

En cas d'utilisation en procédure dégradée, joindre obligatoirement l'ordonnance