



CHAPITRE : MANUEL DE PRELEVEMENT

ENREGISTREMENT TITRE : RECUEIL DES SELLES : EPS

REFERENCE :W
SPM ENR 20

VERSION-7

Indexation : SPM EPS

Conditions de recueil :

Un jour avant et pendant toute la durée des trois recueils, **éviter :**

- La prise de médicaments : pansements gastro-intestinaux, laxatifs et suppositoires,
- La consommation excessive des aliments : fruits et légumes, fruits sec (amande, noix, pistache...), olives et huiles

Protocole de recueil :

☞ *Ce protocole doit être scrupuleusement suivi pour garantir la fiabilité des résultats.*

1 seul Recueil par jour, et pendant 3 jours, successifs ou non :

- Ouvrir le pot, puis déposer le couvercle à l'envers dans un endroit sûr.
- Recueillir les selles directement dans le pot, le remplir environ de moitié, sans le faire déborder.
- Refermer enfin le pot soigneusement.
☞ Les femmes doivent prêter attention afin de ne pas recueillir les urines également dans le pot remis.

Matériel fourni pour le recueil :

- Pot de 180 ml.

Renseignements cliniques :

	OUI	NON
• Revenez –vous d'un voyage ? Si oui : - quand ?..... - d'où ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Avez-vous bu, récemment de l'eau non potable?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Diarrhées ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Vomissements ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Démangeaisons anales ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Avez-vous vu des vers dans les selles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Prenez-vous un antibiotique ? Si oui, lequel ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Est-ce que d'autres personnes de votre entourage souffrent des mêmes symptômes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Contrôle après traitement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Hypéréosinophilie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Renseignements Patient :

Nom :.....
Prénom :.....
CIN :.....
Téléphone :.....

Renseignements Médecin :

Nom :.....
Prénom :.....
Téléphone :.....

Recueil:

Jour:Heure(s)..... Minute(s)

☞ **Le pot doit parvenir au LRAM au maximum 2h après le recueil et avant midi. (Sauf recherche amibiase<1h).**

Accéder au LRAM par la porte B et déposer le prélèvement au niveau de la salle « Réception des Prélèvements biologiques».

RESERVE AU LABORATOIRE

Réception du prélèvement :

Jour:Heure(s)..... Minute(s)

Infirmier :.....

Visa technicien d'analyse :

Auteur : Jelloul Rachid	Vérificateur : Saâd EL KABBAJ	Validation : BENTALEB Lamiaa 2013-12-17	Approbation : EL KABBAJ Saâd 2013-12-17	Application : 2013-12-17	Page 1 / 1 Edité le : 9 octobre 2019
-----------------------------------	--	---	--	------------------------------------	--