



A COMPLETER



Symptômes	Oui	Non
Fièvre		
Diarrhée		
Voyage à l'étranger		
Destination		
Date de retour, durée du séjour		

Traitement antibiotique/antiparasitaire	Oui	Non
En cours		
Contrôle post-traitement		
Nom du traitement		

Date (recueil) :

Heure (recueil) :

Nom de famille :

Prénom :

Nom d'usage :

Né(e) le :

Comment souhaitez-vous récupérer vos résultats ? (Cochez la case)

Laboratoire	<input type="checkbox"/>
-------------	--------------------------

Poste	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------

Internet	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------

Modalités de recueil

1. Recueillir **vos selles** dans le pot stérile remis par le laboratoire.



2. Indiquez

- ✓ Nom de Famille,
- ✓ Prénom,
- ✓ Date de naissance,
- ✓ Date et heure du recueil.



3.

- ✓ **Examen parasitologique des selles:** rapportez le pot **dans les plus brefs délais (<4h)**.
- ✓ **Coproculture:** **le jour même** si le pot est **conservé à 4°C**.