

**Fiche de renseignements pour
coproculture/examen parasitologique**

MU-C2-ENR-010-02

**Merci de remplir cette fiche et de nous la remettre avec le prélèvement
(Identifier le prélèvement avec nom, prénom et date de naissance)**

Ces renseignements nous aideront à une meilleure prise en charge de vos analyses

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Réservé labo

Etiquette GED

- Date et heure du recueil/prélèvement:
- Avez-vous de la fièvre ? Oui Non
- Avez-vous des diarrhées ? Oui Non; des vomissements ? Oui Non
 - Si oui, y a-t-il d'autres cas dans votre entourage ? Oui Non
- Ancienneté des symptômes :
- Avez-vous voyagé à l'étranger dans les mois précédents ? Oui Non
 - Pays visité
 - Dates de voyage :
 - Aviez-vous un traitement pour prévenir le paludisme? Oui Non
 - Lequel ?
- Avez-vous pris un traitement antibiotique dans les semaines précédentes? Oui Non
 - Nom de l'antibiotique :
 - Date et durée du traitement :
- Suivez-vous un traitement au long cours pour une greffe, une maladie auto-immune ou une chimio/radiothérapie anticancéreuse ? Non Oui, nom du/des traitement(s) :

**Fiche de renseignements pour
coproculture/examen parasitologique**

MU-C2-ENR-010-02

**Merci de remplir cette fiche et de nous la remettre avec le prélèvement
(Identifier le prélèvement avec nom, prénom et date de naissance)**

Ces renseignements nous aideront à une meilleure prise en charge de vos analyses

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Réservé labo

Etiquette GED

- Date et heure du recueil/prélèvement:
- Avez-vous de la fièvre ? Oui Non
- Avez-vous des diarrhées ? Oui Non; des vomissements ? Oui Non
 - Si oui, y a-t-il d'autres cas dans votre entourage ? Oui Non
- Ancienneté des symptômes :
- Avez-vous voyagé à l'étranger dans les mois précédents ? Oui Non
 - Pays visité
 - Période de voyage :
 - Aviez-vous un traitement pour prévenir le paludisme? Oui Non
 - Lequel ?
- Avez-vous pris un traitement antibiotique dans les semaines précédentes? Oui Non
 - Nom de l'antibiotique :
 - Date et durée du traitement :
- Suivez-vous un traitement au long cours pour une greffe, une maladie auto-immune ou une chimio/radiothérapie anticancéreuse ? Non Oui, nom du/des traitement(s) :