



SYNLAB OXABIO

**Fiche de renseignements pour  
coproculture/parasitologie des  
selles**

03-A-PRE-7E\_039 / 07

Version : 7

Applicable le : 25-10-2026

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS POUR COPROCULTURE /  
PARASITOLOGIE DES SELLES****A COMPLETER PAR LE PATIENT ET A FAIRE PARVENIR AU LABORATOIRE AVEC LE PRELEVEMENT DANS LES MEILLEURS DELAIS****Précautions :**

Les selles doivent être apportées rapidement au laboratoire.

Si un délai est nécessaire, il est préférable de garder le récipient au RÉFRIGÉRATEUR.

Éviter la prise de traitement charbon, suppositoires.

En cas de recherche de sang dans les selles, supprimer le brossage des dents 2 jours avant l'examen.

Réalisation d'une parasitologie : 3 selles sur 7 à 10 jours, idéalement espacées d'au moins 2 jours

**NOM :** .....**PRENOM :** .....**DATE DE RECUEIL :** ..... / ..... / .....**DATE DE NAISSANCE :** ..... / ..... / ..... ☐ < 2 ANS**SEXE :** ☐ M ☐ F**HEURE DE RECUEIL :** ..... H .....**NUMERO DE TELEPHONE :** ...../...../...../...../.....**ADRESSE MAIL :** .....**RECUPERATION DES RESULTATS**☐ Internet☐ Laboratoire☐ Pharmacie☐ Courrier☐ Mail

Médecin : .....

Selles émises :

☐ à domicile☐ au laboratoire

Conditions de conservation :

☐ réfrigérateur☐ température ambiante**SYMPTOMES**☐ Diarrhée☐ Vomissements☐ Fièvre Si oui : Température : .....☐ Sang / mucus dans les selles☐ Douleurs abdominales ou épigastriques☐ Autre : .....☐ Perte de poids

- Date de début des symptômes : ..... / ..... / .....

- Durée des symptômes : .....

Symptômes similaires dans l'entourage

☐ OUI☐ NON**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES**

Séjour à l'étranger ? Quel pays ? ..... Date : ..... / ..... / .....

☐ OUI☐ NON

Consommation d'eau non potable / aliments à risque :

(eau du robinet/de puits, viande crue/insuffisamment cuite, poisson cru, plantes aquatiques en  
salade (cresson, pissenlit, roquette), crudités non lavés :☐ OUI☐ NON

si oui, lequel ? .....

Séjour en collectivité (crèche, maison de retraite ...) :

☐ OUI☐ NON

Profession : .....

Sports (baignades en eau douce, piscine) Lequel ? .....

☐ OUI☐ NONAntécédents médicaux (immunodépression, traitement immunosuppresseur, transplantation  
d'organes, greffe de moelle osseuse, VIH, immunodéficience congénitale, autre cause)☐ OUI☐ NON

Quels antécédents médicaux ? .....

Traitement : Si oui : Date de début : ..... / ..... / ..... Date de fin : ..... / ..... / .....

☐ Antibiotique. Précisez : .....☐ OUI☐ NON☐ Antiparasitaire. Précisez : .....☐ Ultra-levure

Renseignements complémentaires (parasites observés, notion d'intoxication alimentaire, etc.)

**N'OUBLIEZ PAS DE VÉRIFIER QUE LE FLACON EST :****BIEN FERMÉ, NON SOUILLÉ ET CORRECTEMENT IDENTIFIÉ NOM / PRÉNOM / DATE DE NAISSANCE**