



## Secteur de Microbiologie conventionnelle

POLE BIOLOGIE MEDICALE

### PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE, CHU de Poitiers

Tel 05.49.44.37.47 Fax : 05.49.44.40.22

#### Feuille de renseignements obligatoires : Fécalogramme / Stéatorrhée

<p><u>Etiquette patient</u></p> <p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p>DDN :</p> <p>Sexe :</p>	<p><u>Identification du service clinique</u></p>    <p>Nom du préleveur : _____</p>
<p>Date du prélèvement : ...../...../.....</p> <p><u>Prélèvement :</u>  Recueil des selles sur 24h pour le fécalogramme, 24h, 48h ou 72 heures pour la stéatorrhée.  <b>Envoyer un <u>échantillon</u> des selles de 24h</b> (50 g minimum)</p>	
<p><b><u>Renseignements obligatoires :</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> Stéatorrhée : <span style="margin-left: 200px;"><input type="checkbox"/> Fécalogramme :</span></p> <p>• Poids de selles de 24h (J1) : _____ <span style="margin-left: 100px;">• Poids de selles de 24h : _____</span></p> <p>• Poids de selles de 24h si (J2) : _____</p> <p>• Poids de selles de 24h si (J3) : _____</p>	
<p><u>Renseignements cliniques :</u></p> <p><input type="checkbox"/> Antécédents chirurgicaux digestifs : .....</p> <p><input type="checkbox"/> Pathologies digestives : .....</p> <p><input type="checkbox"/> Pathologie endocrinienne, neuro-endocrinienne : .....</p> <p><input type="checkbox"/> Notion d'amaigrissement : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>, si oui préciser : .....</p> <p><input type="checkbox"/> Nombre de selles par jour en moyenne : .....</p> <p><input type="checkbox"/> Notion de régime alimentaire : Végétarien <input type="checkbox"/> Végétalien <input type="checkbox"/> Sans gluten <input type="checkbox"/></p> <p>Autre (préciser) : .....</p> <p><input type="checkbox"/> Traitement en cours (à visée digestive) : .....</p>	