

A compléter par le patient

Nom : _____ **Prénom :** _____ **Sexe :** H F
Nom de naissance: _____ **Date de naissance :** / /
Adresse : _____
Téléphone : _____
Nom du médecin prescripteur : Dr _____
Date du ou des prélèvements : _____

Signes cliniques (diarrhée, douleurs abdominales, présence de sang, de glaires, démangeaisons anales, élimination de parasite ?.....):

.....
.....
.....
.....

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Notre laboratoire doit effectuer une recherche de sang dans vos selles.

Pour un résultat fiable et optimal, nous vous demandons de respecter un certain nombre de consignes :

- ✍ Le recueil des selles doit être effectué **3 jours de suite**; chaque prélèvement doit être correctement identifié (nom, prénom, date de naissance) et numéroté.
- ✍ **Les échantillons seront à conserver au réfrigérateur et devront être tous amenés en même temps, le troisième jour du recueil.**
- ✍ Pendant les deux jours qui précèdent le premier recueil et pendant toute la durée du test (trois jours), **ne consommez pas de médicament** à base d'aspirine (Aspirine*, Kardégic*, Catalgine*, Aspégic*, Upsa*, ...) ni d'anti-inflammatoires (Indocid*, Fèldène*, Voltarène*, Nifluril*...) ni de corticoïdes (Cortancyl*, Solupred*, Célestène* ...)
Si l'un de ces médicaments fait partie de votre traitement quotidien, veuillez contacter votre médecin qui déterminera s'il est nécessaire d'interrompre la prise du médicament concerné.
- ✍ Réalisez ce test **à distance de la période de règles** et en dehors de toute hémorragie génitale
- ✍ **Reportez votre analyse de quelques jours** si vous avez présenté ou si vous avez actuellement des **saignements** de nez, de gencives ou encore si vous êtes en période de **crise hémorroïdaire**

Si vous avez d'autres questions, n'hésitez pas à contacter notre laboratoire pour tout renseignement complémentaire.

Nous vous remercions de votre collaboration.