



BIO MEDI QUAL  
CENTRE

# RECHERCHE DE SANG DANS LES SELLES

## But de la recherche :

Mettre en évidence un saignement occulte (non visible à l'œil) au niveau du tube digestif (colon). Pour les femmes : éviter le recueil pendant les règles !!

## Protocole de recueil :

Selon prescription, la recherche peut être faite jusqu'à 3 jours de suite.

Aucun régime alimentaire particulier n'est nécessaire : Par contre, éviter les aliments qui habituellement irritent votre tube digestif (fibres, graines...) selon vos intolérances personnelles.

Recueillir les selles directement dans le récipient fourni par le laboratoire.

## Amener chaque jour, chaque recueil au laboratoire.

Dès qu'un recueil est trouvé positif, les analyses sur les recueils suivants peuvent être annulées sauf si demande explicite du prescripteur.

A la fin des recueils : **NOTER NOM ET PRENOM sur CHAQUE RECIPIENT.** Placer le prélèvement dans le sachet, l'ordonnance et cette fiche (après l'avoir complétée) dans la poche **EXTERIEURE** du sachet.

Déposer dans les 2 H au labo. Sinon, conserver au réfrigérateur (72h max.)



En remplissant ce document, le patient autorise le traitement informatique de ses informations conformément à la politique de confidentialité accessible sur [www.biomediquacentre.fr](http://www.biomediquacentre.fr)

**Date et heure du recueil :** Le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_

**Le patient :** Sexe  H  F Date de naissance : ... / ... / ...

NOM d'usage : ..... Prénom : .....

Nom de naissance : ..... Lieu naissance : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : ..... N° Tél : .....

N° Sécu. : .....

Caisse : ..... 100 % en  CMU  Invalidité  ALD

Mutuelle : ..... (Droits ouverts jusqu'au... / ... / ...)

## Les résultats (transmissions)

Par Internet **Mail patient** : .....

N° Portable Patient : .....

A poster  A déposer à la Pharmacie : .....

Pris au laboratoire  au 2° Presc. / Méd. T. : .....

Etes-vous sous **traitement Anti-coagulant** ?  OUI  NON

Si OUI lequel ? \_\_\_\_\_

Prenez-vous de l'**Aspirine** (KARDEGIC)  OUI  NON

**Avez-vous des antécédents de :**

crises hémorroïdaires  polypes intestinaux  pathologie digestive chronique

*Zone réservée au laboratoire*

Prélèvement conforme  OUI  NON

Date :

Visa :

PREAN-DE-009 V5