eurofins | Biomnis

Bon de demande
Examen parasitologique des selles

Secrétariat d'infectiologie • Email : secretariat.infectiologie@biomnis.eurofinseu.com • Tél : 04 72 80 73 99

PATIENT

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : __ __ / __ __ / __ __ __ __ Sexe : ☐ F ☐ M

Tél. : __ __ / __ __ / __ __ / __ __ / __ __

Email : .....

Laboratoire correspondant : .....

Référence du dossier (laboratoire d'origine) : .....

Identification de l'hôpital ou du laboratoire

Obligatoire

Coller ici votre étiquette d'identification

Date du prélèvement : __ __ / __ __ / __ __

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

- ☐ Diarrhée
- ☐ Douleurs abdominales
- ☐ Fièvre
- ☐ Signes cutanés
- ☐ Signes neurologiques
- ☐ Signes respiratoires
- ☐ Myalgie
- ☐ Autre : .....

Date de début des signes cliniques : __ __ / __ __ / __ __ __ __

Symptômes similaires dans l'entourage : ☐ OUI ☐ NON

Prise d'antiparasitaire/antibiotique : .....

Tout examen parasitologique des selles doit être réalisé sur 3 selles émises à quelques jours d'intervalle

RECHERCHE PAR PCR (PPARA)

☐ **Absence de voyage ou voyage en Europe occidentale**

RECHERCHE PAR MICROSCOPIE (PARSP)

☐ **Voyage hors Europe occidentale**

Pays : .....

Date de retour : __ __ / __ __ / __ __ __ __

☐ **Migrant**

Pays d'origine : .....

Date d'arrivée en France : .....

☐ **Signes cliniques persistants après 3 examens parasitologiques des selles négatifs**

☐ **Immunodépression**

Type d'immunodépression : .....

☐ **Hyperéosinophilie** : .....

En absence de renseignements cliniques adéquats, un examen microscopique sera réalisé par défaut

B112 - Décembre 2024