	<b>FORMULAIRE</b> <b>RECUEIL DE SELLES - RENSEIGNEMENTS CLINIQUES</b>			
	Identification <b>F_MO_PREL_36_B</b>	Approbateur Pierre BLONSKI	Date d'application 25/08/2023	Version 2

RECUEIL DE SELLES			RECOLHA DE FEZES		
_ Nom de naissance : _____ _ Nom : _____ _ Prénom : _____ _ Matricule ou date de naissance : _____ _ Date du recueil : _____ _ Heure du recueil : _____ _ Adresse : _____ _ Téléphone : _____			_ Apelido de nascimento : _____ _ Apelido de casada : _____ _ Nome : _____ _ Matricula ou data de nascimento : _____ _ Data de recolha : _____ _ Hora da recolha : _____ _ Morada : _____ _ Telefone : _____		
RENSEIGNEMENTS CLINIQUES			INFORMAÇÃO CLÍNICA		
	OUI	NON		SIM	NÃO
_ Avez-vous conservé le prélèvement au réfrigérateur ?					
_ Avez-vous des douleurs abdominales ?					
_ Avez-vous des diarrhées ?					
_ Avez-vous des vomissements ?					
_ Avez-vous de la fièvre ?					
_ Prenez-vous un traitement antibiotique ?					
_ Si OUI, quel est le nom de l'antibiotique ? _____					
_ Si OUI, quelle est la date de début du traitement ? _____					
_ Avez-vous récemment séjourné à l'étranger ?					
_ Si OUI, où et quand ? _____					
_ Manteve a amostra no frigorífico ? _ Tem dores abdominais ? _ Tem diarreia ? _ Tem vômito ? _ Tem febre ? _ Toma algum antibiótico ? _ Se SIM, qual é o nome do antibiótico ? _____ _ Se SIM, qual é a data do início do tratamento ? _____ _ Viajou para fora do país ultimamente ? _ Se SIM, qual foi o destino e quando ? _____					







LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES

Retrouvez toutes nos BD d'aide aux recueils également sur [www.ketterthill.lu](http://www.ketterthill.lu)

F\_MO\_PREL\_36\_B version 2

STOOL COLLECTION			SAMMLUNG DES STUHLGANGS		
_ Birthname : _____ _ Name : _____ _ First name : _____ _ Registration n° or date of birth : _____ _ Date of collection : _____ _ Collection time : _____ _ Address : _____ _ Phone : _____			_ Geburtsname : _____ _ Name : _____ _ Vorname : _____ _ Nummer der Matricule oder Geburstdatum : _____ _ Datum der Sammlung : _____ _ Uhrzeit der Sammlung : _____ _ Adresse : _____ _ Telefon : _____		
CLINICAL INFORMATION			KLINISCHE INFORMATIONEN		
	YES	NO		JA	NEIN
_ Did you keep the sample in the fridge ?					
_ Do you have abdominal pain ?					
_ Do you have diarrhea ?					
_ Do you have vomiting ?					
_ Do you have fever ?					
_ Do you take an antibiotic treatment ?					
_ If YES, what is the name of the antibiotic ? _____					
_ If YES, since when do you take the treatment ? _____					
_ Have you traveled abroad recently ?					
_ If YES, where and when ? _____					
_ Haben Sie die Probe im Kühlschrank aufbewahrt ? _ Haben Sie Abdominalschmerzen ? _ Haben Sie Durchfall ? _ Haben Sie Erbrechen ? _ Haben Sie Fieber ? _ Nehmen Sie eine Antibiotika-Behandlung ? _ Wenn JA, wie lautet der Name des Antibiotikas ? _____ _ Wenn JA, seit wann nehmen Sie die Behandlung ? _____ _ Waren Sie vor kurzem im Ausland ? _ Wenn JA, wo und wann ? _____					





LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES

Retrouvez toutes nos BD d'aide aux recueils également sur [www.ketterthill.lu](http://www.ketterthill.lu)

F\_MO\_PREL\_36\_B version 2