

	<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 ?			_ Manteve a amostra no frigorífico ?		
_ Avez-vous des douleurs abdominales ?			_ Tem dores abdominais ?		
_ Avez-vous des diarrhées ?			_ Tem diarreia ?		
_ Avez-vous des vomissements ?			_ Tem vômito ?		
_ Avez-vous de la fièvre ?			_ Tem febre ?		
_ Prenez-vous un traitement antibiotique ?			_ Toma algum antibiótico ?		
_ Si OUI, quel est le nom de l'antibiotique ? _____			_ Se SIM, qual é o nome do antibiótico ? _____		
_ Si OUI, quelle est la date de début du traitement ? _____			_ Se SIM, qual é a data do início do tratamento ? _____		
_ Avez-vous récemment séjourné à l'étranger ?			_ Viajou para fora do país ultimamente ?		
_ Si OUI, où et quand ? _____			_ Se SIM, qual foi o destino e quando ? _____		
Valide à la date d'impression. Seule la version en ligne fait foi.			 LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES		
			Retrouvez toutes nos BD d'aide aux recueils également sur <a href="http://www.ketterthill.lu">www.ketterthill.lu</a>		
					

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 Geburtsdatum : _____ _ Datum der Sammlung : _____ _ Uhrzeit der Sammlung : _____ _ Adresse : _____ _ Telefon : _____		
CLINICAL INFORMATION			KLINISCHE INFORMATIONEN		
YES NO			JA NEIN		
_ Did you keep the sample in the fridge ?			_ Haben Sie die Probe im Kühlschrank aufbewahrt ?		
_ Do you have abdominal pain ?			_ Haben Sie Abdominalschmerzen ?		
_ Do you have diarrhea ?			_ Haben Sie Durchfall ?		
_ Do you have vomiting ?			_ Haben Sie Erbrechen ?		
_ Do you have fever ?			_ Haben Sie Fieber ?		
_ Do you take an antibiotic treatment ?			_ Nehmen Sie eine Antibiotika-Behandlung ?		
_ If YES, what is the name of the antibiotic ? _____			_ Wenn JA, wie lautet der Name des Antibiotikas ? _____		
_ If YES, since when do you take the treatment ? _____			_ Wenn JA, seit wann nehmen Sie die Behandlung ? _____		
_ Have you traveled abroad recently ?			_ Waren Sie vor kurzem im Ausland ?		
_ If YES, where and when ? _____			_ Wenn JA, wo und wann ? _____		
Valide à la date d'impression. Seule la version en ligne fait foi.			 LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES		
			Retrouvez toutes nos BD d'aide aux recueils également sur <a href="http://www.ketterthill.lu">www.ketterthill.lu</a>		
					

F\_MO\_PREL\_36\_B version 2