

## RECUEIL DE SELLES

- \_ Nom de naissance : .....
- \_ Nom : .....
- \_ Prénom : .....
- \_ Matricule ou date de naissance : .....
- \_ Date du recueil : .....
- \_ Heure du recueil : .....
- \_ Adresse : .....
- \_ Téléphone : .....

## RECOLHA DE FEZES

- \_ Apelido de nascimento : .....
- \_ Apelido de casada : .....
- \_ Nome : .....
- \_ Matricula ou data de nascimento : .....
- \_ Data de recolha : .....
- \_ Hora da recolha : .....
- \_ Morada : .....
- \_ Telefone : .....

## RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

OUI NON

_ 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 ? .....		

## INFORMAÇÃO CLÍNICA

SIM NÃO

_ 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 ? .....		



## STOOL COLLECTION

\_ Birthname : .....  
 \_ Name : .....  
 \_ First name : .....  
 \_ Registration n° or date of birth : .....  
 \_ Date of collection : .....  
 \_ Collection time : .....  
 \_ Address : .....  
 \_ Phone : .....

## SAMMLUNG DES STUHLGANGS

\_ Geburtsname : .....  
 \_ Name : .....  
 \_ Vorname : .....  
 \_ Nummer der Matricule oder Geburstdatum : .....  
 \_ Datum der Sammlung : .....  
 \_ Uhrzeit der Sammlung : .....  
 \_ Adresse : .....  
 \_ Telefon : .....

## CLINICAL INFORMATION

YES NO

_ 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 ? .....		

## KLINISCHE INFORMATIONEN

JA NEIN

_ 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 ? .....		

