

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 ?		

