



INSTITUT PASTEUR D'ALGERIE

SERVICE DE BIOLOGIE PARASITAIRE

Unité de coprologie parasitaire

Fiche de renseignements à remplir entièrement pour toute demande d'examen

N° d'enregistrement :	Date :
Nature de prélèvement : Selles <input type="checkbox"/> Scotch test <input type="checkbox"/> PV <input type="checkbox"/> Autres :	

Nom :	Prénom :	Age :	Sexe :
Profession :	Adresse :		
Externe : <input type="checkbox"/>	Hospitalisé : <input type="checkbox"/>	Service :	Médecin traitant :
Motif d'hospitalisation ou de consultation :			

Diarrhée : <input type="checkbox"/>	Depuis :	Présence de sang : <input type="checkbox"/>	Présence de glaires : <input type="checkbox"/>
Douleurs abdominales : <input type="checkbox"/>	Constipations : <input type="checkbox"/>	Amaigrissement : <input type="checkbox"/>	
Prurit anal : <input type="checkbox"/>	Fièvre : <input type="checkbox"/>	Leucorrhées : <input type="checkbox"/>	
Autres :			

<u>Signes biologique :</u>		
FNS : Hyperéosinophilie <input type="checkbox"/>	Hyperleucocytose <input type="checkbox"/>	Anémie <input type="checkbox"/>
Autres :		
<u>Pathologies associées :</u>		
<u>Traitement en cours :</u>		

<u>Résultats :</u>
Macroscopie:
Microscopie : Etat frais :
Ritchie:
Willis / Kato:
Coloration:
Culture: