La version électronique fait foi.

NOM usuel :.....
Prénom : ..... Sexe :
NOM de naissance : .....
Date de naissance : .....
Adresse : .....
.....
.....
CP : ..... Ville :.....
Tél : .....

N° de SS : .....
100% ☐ Oui ☐ Non
Caisse (nom / adresse) :
.....
.....
Mutuelle (nom / n° préfectoral) :
.....
Merci de nous fournir votre nouvelle attestation en cas de changement de mutuelle/caisse

RESULTATS :

① **Patient :** ☐ Laboratoire ☐ A poster ☐ Internet
② **Médecin :** ☐ A poster ☐ Fax ☐ Copie à un autre prescripteur : ……

INTERETS :

Ce test permet de mettre en évidence les œufs d'oxyures, très fréquents chez les enfants et très contagieux, entraînant des démangeaisons et troubles du sommeil.

PRECONISATIONS :

1. Effectuer le test au lever avant la toilette et les premières selles,
2. Prendre du scotch transparent et l'appliquer quelques secondes sur les plis de la marge anale,
3. Retirer le scotch et l'étaler sur la lame support fournie par le laboratoire,
4. Renouveler l'opération,
5. Placer les lames dans l'étui prévu à cet effet,
6. Identifier l'étui de votre nom, prénom. Noter la date et l'heure du test,
7. Apporter l'étui au laboratoire dans les 8 heures suivant le recueil (conservation à T°A).

PRELEVEMENT ET CONSERVATION (impératif) :

Date du prélèvement : ……. /……. /..…… Heure : ……H……

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

- **Avez-vous des démangeaisons ?** ☐ Oui ☐ Non
- **Avez-vous des troubles du sommeil ?** ☐ Oui ☐ Non
- **Souffrez-vous de douleurs abdominales ?** ☐ Oui ☐ Non

RECEPTION (cadre réservé au laboratoire) :

Opérateur : ..... Date/heure : .....
☐ Conforme ☐ Non-conforme : .....
Document à scanner dans la GED du dossier rubrique « Fiches microbiologie »

Ce document est la propriété de MEDILAB 66, reproduction ou communication, même partielle, soumise à autorisation.

Autorisation de sortie par la Responsable Documentaire :