



**Etiquette Patient**

NDA : .....  
Nom : .....  
Prénom : .....  
DN : .....  
Sexe : M  F

**Dates de Prélèvement**

**Selles : date/nombre de pots**  
**J1** : ...../.....  
**J2** : ...../.....  
**J3** : ...../.....  
**Sérum** : .....

**PRESCRIPTEUR**

Nom : .....  
☎ : .....

**RESPONSABLE DU PRELEVEMENT**

Nom : .....  
☎ : .....

**HOPITAL/SERVICE PRESCRIPTEUR  
(Etiquette UH pour l'APHP)**

**DEMANDE D'EXAMEN DE COPROLOGIE FONCTIONNELLE**

**Analyses réalisées sur la TOTALITE DES SELLES de 72h ou à défaut de 24h**

Recherche de **Stéatorrhée**   
*avec surcharge en beurre du régime*   
Recherche de **Créatorrhée**   
**Ionogramme**

**Fécalogramme**

☞ régime particulier : .....  
☞ alimentation par sonde nasogastrique   
☞ alimentation parentérale

**Calorimétrie fécale**

**Recherche et identification de laxatifs**

☞ + urines de 24h pour compléter la recherche des dérivés anthraquinoniques et du bisacodyl

**Autres milieux**

**Dosage de l'α1 antitrypsine fécale**

☞ *totalité des selles de 72h ou à défaut de 24h*

**Clairance de l'α1 antitrypsine**

☞ *totalité des selles de 72h ou de 24h*  
+ sang prélevé sur tube sec le dernier jour du recueil

**Dosage de l'α1 antitrypsine sérique**

☞ *sang prélevé sur tube sec*

**Rech. de fistule entéro-vésicale**

☞ *Échantillon d'urines*

**Test respiratoire à l'hydrogène**  Sucre : ..... Quantité : .....

**AUTRE** : .....

**Cyberlab : consentement du patient** OUI  NON  Non concerné

**Analyses réalisées sur un ECHANTILLON FECAL (5 g minimum)**

**Elastase**

☞ Enzymothérapie: oui  non  Posologie : .....

**Activité chymotrypsique**

**Recherche de sang**

**Calprotectine**

**Ionogramme sur échantillon**

**D Lactate**

☞ *Prélèvement congelé immédiatement*

**Recherche des oses**

☞ *prélèvement congelé immédiatement*

**Osmolarité fécale**

☞ *prélèvement congelé immédiatement*

**Renseignements cliniques :**

ATCD médicaux : .....

Diarrhées  → Nbre de selles/j : ..... Durée : .....

Amaigrissement  → Nbre de kg : .....

Cassure courbe de poids  Retard staturo-pondéral

Hypoalbuminémie  Hypocalcémie  Anémie  Autre : .....

*Traitement actuel* : .....

*Explorations digestives* :

Coloscopie  Fibroscopie  Échographie  date : .....

Résultat : .....

*Chirurgie(s)* : .....

*Diagnostic(s) évoqué(s)* : .....