



Etiquette Patient NDA : Nom : Prénom : DN : Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	SELLES Date et nombre de pots/jour J1 :/..... J2 :/..... J3 :/.....	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

Calorimétrie fécale

Recherche et identification de laxatifs
 ☎ + urines de 24h pour compléter la recherche des dérivés anthraquinoniques et du bisacodyl

} **Fécalogramme**
 ☎ alimentation orale normale
 ☎ régime particulier :
 ☎ alimentation par sonde gastrique
 ☎ alimentation parentérale

Analyses réalisées sur un ECHANTILLON FECAL (5 g minimum)

Elastase **Activité chymotrypsique**
 ☎ Enzymothérapie: oui non Posologie :

Recherche de sang **TNFα** **Calprotectine**
 ☎ Prélèvement congelé immédiatement

Ionogramme sur échantillon **D Lactate**
 ☎ Prélèvement congelé immédiatement

Recherche des oses **Osmolarité fécale**
 ☎ prélèvement congelé immédiatement ☎ prélèvement congelé immédiatement

Autres milieux

Dosage de l'α1 antitrypsine fécale
 ☎ totalité des selles de 72h ou à défaut de 24h

Dosage de l'α1 antitrypsine sérique
 ☎ sang prélevé sur tube sec

} **Clairance de l'α1 antitrypsine**
 ☎ totalité des selles de 72h ou de 24h
 + sang prélevé sur tube sec

TNFα sérique
 ☎ Plasma prélevé sur EDTA + congélation immédiate

Test de perméabilité intestinale **Rech. de fistule entéro-vésicale**
 ☎ urines de 5h congelées (totalité ou échantillon ≥ 10ml) ☎ Échantillon d'urines

Test respiratoire à l'hydrogène Sucre : Quantité :

AUTRE :

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 abdominale date :

Résultat :

.....

Intervention(s) chirurgicale(s) :

.....

Diagnostic(s) évoqué(s) :