

Collecte de selles - NutriGut-Santé

Introduction

Cher(e) Nutrinaute,

Ce questionnaire fait suite à la collecte de selles que vous venez de réaliser. Il vise à recueillir des informations importantes liées à la collecte qui sont essentielles au bon déroulement de la recherche.

Si besoin, le guide du participant que vous avez reçu par courrier peut être consulté [ici](#).

Pour toute question concernant cette collecte de selles, vous pouvez vous rendre sur la rubrique FAQ <https://etude-nutrinet-sante.fr/faq/> ou contacter l'équipe NutriNet-Santé via le formulaire de contact <https://etude-nutrinet-sante.fr/contact>, ou par email : microbiote@etude-nutrinet-sante.fr.

Merci d'avance pour votre participation !

Partie 1 :

Merci de compléter les informations suivantes, qui doivent être identiques à celles que vous avez fournies sur la fiche annexe accompagnant le kit de collecte :

Date de recueil des selles

Heure de recueil des selles :

 heure(s) minute(s)

Concernant l'aspect de vos selles lors de la collecte, en vous aidant de l'échelle proposée [ici](#), diriez-vous qu'elles étaient plutôt de type :

1 (dures) 2 3 4 5 6 7 (liquides)

Date de la dernière prise alimentaire avant recueil des selles

Heure de la dernière prise alimentaire avant recueil des selles :

 heure(s) minute(s)

Indiquer ci-après toute maladie ou problème médical rencontré durant [le mois précédant le recueil des selles](#) :

Voulez-vous déclarer une maladie ou un problème médical rencontré ?

Oui Non

1^{ère} maladie ou 1^{er} problème médical rencontré

Date de début

Date de fin (indiquer la date du jour si la maladie ou le problème médical n'est pas terminé) :

Voulez-vous déclarer une autre maladie ou un autre problème médical rencontré ?

Oui Non

2^{ème} maladie ou problème médical rencontré

Date de début :

Date de fin (indiquer la date du jour si la maladie ou le problème médical n'est pas terminé) :

Voulez-vous déclarer une autre maladie ou un autre problème médical rencontré ?

Oui Non

3^{ème} maladie ou problème médical rencontré

Date de début :

Date de fin (indiquer la date du jour si la maladie ou le problème médical n'est pas terminé) :

Voulez-vous déclarer une autre maladie ou un autre problème médical rencontré ?

Oui Non

4^{ème} maladie ou problème médical rencontré

Date de début :

Date de fin (indiquer la date du jour si la maladie ou le problème médical n'est pas terminé) :

Voulez-vous déclarer une autre maladie ou un autre problème médical rencontré ?

Oui Non

5^{ème} maladie ou problème médical rencontré

Date de début :

Date de fin (indiquer la date du jour si la maladie ou le problème médical n'est pas terminé) :

Indiquer ci-après tout traitement pris durant le mois précédant le recueil des selles, et antibiotiques pris au cours des 3 mois précédents, le cas échéant :

Voulez-vous déclarer un traitement ?

Oui Non

1^{er} traitement et posologie :

Date de début :

Date de fin (indiquer la date du jour si le traitement n'est pas terminé) :

Voulez-vous déclarer un autre traitement ?

Oui Non

2^{ème} traitement et posologie :

Date de début :

Date de fin (indiquer la date du jour si le traitement n'est pas terminé) :

Voulez-vous déclarer un autre traitement ?

Oui Non

3^{ème} traitement et posologie :

Date de début :

Date de fin (indiquer la date du jour si le traitement n'est pas terminé) :

Voulez-vous déclarer un autre traitement ?

Oui Non

4^{ème} traitement et posologie :

Date de début :

Date de fin (indiquer la date du jour si le traitement n'est pas terminé) :

Voulez-vous déclarer un autre traitement ?

Oui Non

5^{ème} traitement et posologie :

Date de début :

Date de fin (indiquer la date du jour si le traitement n'est pas terminé) :

Voulez-vous déclarer un autre traitement ?

Oui Non

6^{ème} traitement et posologie :

Date de début :

Date de fin (indiquer la date du jour si le traitement n'est pas terminé) :

Voulez-vous déclarer un autre traitement ?

Oui Non

7^{ème} traitement et posologie :

Date de début :

Date de fin (indiquer la date du jour si le traitement n'est pas terminé) :

Voulez-vous déclarer un autre traitement ?

Oui Non

8^{ème} traitement et posologie :

Date de début :

Date de fin (indiquer la date du jour si le traitement n'est pas terminé) :

Voulez-vous déclarer un autre traitement ?

Oui Non

9^{ème} traitement et posologie :

Date de début :

Date de fin (indiquer la date du jour si le traitement n'est pas terminé) :

Voulez-vous déclarer un autre traitement ?

Oui Non

10^{ème} traitement et posologie :

Date de début :

Date de fin (indiquer la date du jour si le traitement n'est pas terminé) :

[Au cours des 3 mois précédents, avez-vous pris des compléments alimentaires de type :](#)

• **Probiotiques (souches bactériennes) :**

Oui Non

Si possible, merci d'indiquer le produit consommé :

• **Prébiotiques (composés spécifiques utilisables par le microbiote intestinal, principalement des fibres) :**

Oui Non

Si possible, merci d'indiquer le produit consommé :

• **Postbiotiques (préparation à base de micro-organismes inanimés et/ou de leurs composants) :**

Oui Non

Si possible, merci d'indiquer le produit consommé :

• **Synbiotiques (combinaison de prébiotiques et de probiotiques) :**

Oui Non

Si possible, merci d'indiquer le produit consommé :

Souhaitez-vous signaler un problème rencontré au cours de la collecte qui serait susceptible d'impacter votre échantillon ?

Oui Non

S'agissait-il d'un problème lié à :

• **Un tube endommagé :**

Oui Non

• **Une perte de liquide contenu dans le tube :**

Oui Non

• **Une quantité insuffisante de selles :**

Oui Non

• **Des difficultés à secouer le tube contenant les selles :**

Oui Non

• **Autre :**

Oui Non

Merci de préciser :

Commentaires (facultatifs)

Commentaires (Nombre de caractères restants : 150)