

Collecte de selles n°2 - 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)