

## Introduction

Cher(e) Nutrinaute,

Ce questionnaire fait suite à la collecte de selles que vous venez de réaliser. Il vise à recueillir des informations 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 au lien suivant : [guide du participant](#)

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)

### 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 dans le tableau 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<sup>ère</sup> maladie ou 1<sup>er</sup> 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<sup>ème</sup> 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<sup>ème</sup> 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<sup>ème</sup> 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<sup>ème</sup> 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 dans le tableau 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<sup>er</sup> 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<sup>ème</sup> 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<sup>ème</sup> 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<sup>ème</sup> 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<sup>ème</sup> 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<sup>ème</sup> 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<sup>ème</sup> 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<sup>ème</sup> 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<sup>ème</sup> 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<sup>ème</sup> traitement et posologie :**

**Date de début :**

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

**Commentaires (facultatifs)**

---

**Commentaires (Nombre de caractères restants : 150)**