

REALISATION D'UN EXAMEN DE MYCOLOGIE

Joindre l'ordonnance du médecin prescripteur

PRÉLÈVEMENT

N° Client : **C/**
Date de prélèvement
Nature de prélèvement :

Localisation précise :

Aspect :

Cachet obligatoire

PATIENT(E)

NOM

PRÉNOM

Nom de naissance

Adresse

CP **Ville**

Date de naissance :

PRESCRIPTEUR

Numéro RPPS

NOM

PRÉNOM

Adresse

CP **Ville**

Tél.
Fax
Adresse e-mail :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Symptômes :

Voyages :

Contact avec des animaux : ☐ OUI ☐ NON **Si oui le(s)quel(s) :**

Autres cas dans l'entourage : ☐ OUI ☐ NON

CONTEXTE

Immunodépression : ☐ OUI ☐ NON **Si oui, précisez :**

Diabète : ☐ OUI ☐ NON

Traitement antifongique ou antibiotique : ☐ OUI ☐ NON **Si oui, le(s)quel(s)**

.....

Renseignements colligés par :

Le