



## FEUILLE DE RENSEIGNEMENTS POUR EXAMEN MYCOLOGIQUE

**Etiquette patient :**

**Médecin prescripteur :**

**Préleveur :**

**Date du prélèvement :** .....

**Heure du prélèvement:** .....

### PARTIE A REMPLIR PAR LE PATIENT

- 1) Localisation (s) : où se situe(nt) votre/vos lésion (s) ? (préciser tous les sites atteints) :
- 2) Y a-t-il d'autres cas de lésions similaires dans votre entourage proche ?
- 3) Depuis combien de temps sont apparues ces lésions ?
- 4) Prenez-vous un traitement au long cours :  Oui  Non  
Si oui, lequel :
  - Chimiothérapie  Oui  Non
  - Antibiotique  Oui  Non
  - Corticoïdes  Oui  Non
  - Autres : .....
- 5) Avez-vous voyagé récemment (avant l'apparition des lésions) ?  Non  Oui  
Si oui: destination : .....
- 6) Profession exercée (*facultatif*):
- 7) Pratiquez-vous un sport ? :  Natation  Equitation  Salle de sport  Autre : .....
- 8) Etes-vous en contact avec des animaux ?  Non  Oui Si oui: lesquels ?.....

### PARTIE A REMPLIR PAR LE PRELEVEUR

- 9) Traitement antifongique commencé :  Non  Oui  
si oui : Molécule : ..... / date début de traitement : .....
- 10) Traitement antifongique terminé :  Non  Oui  
Si oui : Date arrêt du traitement : .....
- 11) Description des lésions :

Lésion cutanée	Lésion cuir chevelu/barbe	Ongles
<input type="checkbox"/> Inflammatoire <input type="checkbox"/> Squameuse <input type="checkbox"/> Dyschromique <input type="checkbox"/> Type Herpes circiné <input type="checkbox"/> Type Pytiriasis versicolor <input type="checkbox"/> Keratose palmo-plantaire <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Inflammatoire <input type="checkbox"/> Suppurée <input type="checkbox"/> Alopecie Si oui : <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> grandes plaques</li><li><input type="checkbox"/> petites plaques</li></ul> Nombre de plaques ~ <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Perionyxis <input type="checkbox"/> Leuconychies <input type="checkbox"/> Autre :