

**IDENTIFICATION DU PATIENT**

**Nom de naissance :**

**Nom marital :**

**Prénom :**

**Date de naissance :**

**Date et heure du prélèvement :**

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET CONTEXTUELS**

Date d'apparition des lésions : .....

Evolution des lésions : .....

Ecoulement purulent :  oui  non  
 Odeur nauséabonde  oui  non  
 Fièvre :  oui  non

**recherche d'anaérobie :**  oui  non  
*(A communiquer sur le processus dégradé)*

- Antibiotique :  en cours **ou**  à débiter après le prélèvement  
 Si oui lequel ..... posologie et durée : .....

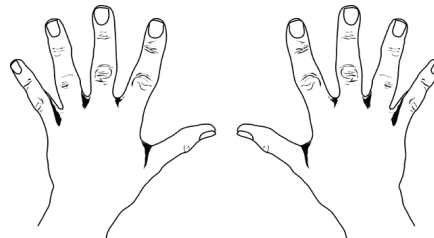
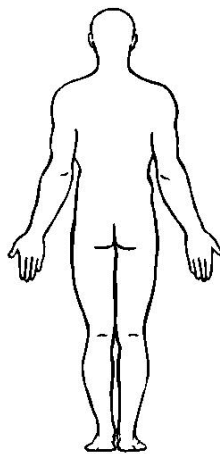
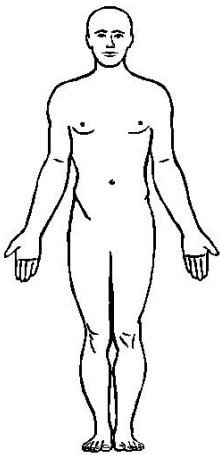
- Antifongiques : Si oui lequel .....posologie et durée : .....

- Corticoïdes :  Oui  Non  
 - Diabète :  Oui  Non  
 - Mucoviscidose :  Oui  Non  
 - Immunosuppresseurs :  Oui  Non

Remarques complémentaires : .....  
 .....  
 .....

**Localisation des lésions :** cocher et entourer précisément le lieu de prélèvement

CUTANE       PLAIE       ESCARRE       Recherche de dermatophyte



- Atteintes dans l'entourage familiale :  Oui  Non

**Informations complémentaires mycologiques :**

-Lésion Inflammatoire :  Oui  Non  
 -Pityriasis versicolor :  Oui  Non  
 -Dermite séborrhéique :  Oui  Non  
 -Folliculite :  Oui  Non  
 -Epidermophytie circinée :  Oui  Non

-Onyxis :  Oui  Non  
 -Perionyxis :  Oui  Non  
 -Intertrigo :  Oui  Non  
 -Plaques d'alopecie :  Oui  Non

- Animaux :  Chat  Chien  Cheval  Lapin  Cochon d'Inde  Autre : .....  
 - Voyages :  Oui  Non Si oui où : .....  
 - Activité sportive :  Oui  Non Si oui laquelle : .....

**Pour prélèvement cuir chevelu :** **IMPORTANT ---->**  Petite plaque  Grande plaque

-Nombre de plaques : ..... - aspect Favique :  Oui  Non

Accord patient pour prise de photo de la lésion :  Oui  Non

Signature patient :