



FICHE DE DEMANDE D'EXPERTISE (RM2-7)

Aucune expertise ne sera faite en l'absence de renseignements complets

PATIENT NOM : Prénom : Sexe : H <input type="checkbox"/> / F <input type="checkbox"/> Date de naissance : Ou mieux, coller l'étiquette du patient	LABORATOIRE Hôpital
	Nom du microbiologiste/mycologue :
	Téléphone / FAX :
	Nom du clinicien :
	Service
	Téléphone / FAX :

MOTIF D'ENVOI Adresses d'envoi complètes sur le site du CNRMA

Expertise mycologique (souche)	Identification <input type="checkbox"/> CMI <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/> Envoi au CNRMA , unité de Mycologie Moléculaire, Institut Pasteur
Diagnostic moléculaire	Histoplasmosse <input type="checkbox"/> Autre mycose endémique <input type="checkbox"/> Autre IFI <input type="checkbox"/> Envoi directement à Pr. S. Bretagne / Dr. A. Alanio, Hôpital St Louis (tel 01 42 49 95 02) Laboratoire de parasitologie-mycologie (Plot B, 1 ^{er} étage), Hôpital St-Louis, 1 avenue Claude Vellefaux, 75475 Paris cedex10
Commentaires – précisions :	

ECHANTILLON OU SOUCHE ENVOYEE

Merci d'indiquer votre numéro de référence

Site anatomique du prélèvement (sang, poumon, peau ...) :	Technique de prélèvement : Biopsie <input type="checkbox"/> Lavage <input type="checkbox"/> Ecouvillonnage <input type="checkbox"/> Autre	Date de prélèvement :
Résultats des analyses mycologiques effectuées	Examen direct : Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> NF <input type="checkbox"/> Précisez	
	Histologie : Eléments fongiques <input type="checkbox"/> Négative <input type="checkbox"/> NF <input type="checkbox"/> Précisez	
	Culture : Positive <input type="checkbox"/> Négative <input type="checkbox"/> NF <input type="checkbox"/>	
	Première identification si culture positive (genre/espèce)	
Informations complémentaires (PCR, antigènes fongiques)	

TERRAIN – FACTEURS FAVORISANTS (cochez les cases pertinentes et donnez des précisions si possible)

Sérologie VIH Positive <input type="checkbox"/> Négative <input type="checkbox"/> Non connue <input type="checkbox"/>	Transplantation d'organe <input type="checkbox"/> Précisez	Cancer/hémopathie <input type="checkbox"/> Précisez
Autre pathologie/Facteur <input type="checkbox"/> Précisez	Chirurgie récente <input type="checkbox"/> Précisez	Aucune cause connue <input type="checkbox"/>
Circonstances particulières / traitements favorisants		
Voyages/séjours en zone d'endémie Afrique <input type="checkbox"/> Amérique <input type="checkbox"/> Asie <input type="checkbox"/> Océanie <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> (mycoses exotiques) si possible précisez le pays		

EPISODE ACTUEL

Tableau clinique et/ou radiologique : (localisation, dissémination ...)
Antifongiques prescrits avant le diagnostic	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Précisions :
Antifongiques prescrits après le diagnostic	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Précisions :
Commentaires – précisions :	

