



**FICHE DE DEMANDE D'EXPERTISE (RM2-7)**

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

<b>PATIENT NOM :</b> Prénom : Sexe : H <input type="checkbox"/> / F <input type="checkbox"/> Date de naissance :  <i>Ou mieux, coller l'étiquette du patient</i>	<b>LABORATOIRE</b> 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

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

**ECHANTILLON OU SOUCHE ENVOYEE**

*Merci d'indiquer votre numéro de référence* .....

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

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

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

**EPISODE ACTUEL**

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

