

A remplir par le préleveur

Nom : Nom de naissance :

Prénom : Date de naissance :/...../.....

Date du recueil..... Heure du recueil:

Nom du préleveur :

Nombre d'écouvillons :

Type de récipient :

Site du prélèvement, mode de recueil :		
Aspect :		
Voyages : si oui, quel pays ?.....	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Loisirs : Sport en salle, arts martiaux ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Natation, sports équestres ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Chaussures fermées, de sécurité ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Transpiration excessive ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Lésion traumatique des ongles ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Animaux de compagnie, de rente : Lesquels ?.....	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Jardinage (champignons telluriques) ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Cas similaires dans l'entourage ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Profession ?		
Date du début des symptômes :		
Le patient a-t-il pris des antifongiques avant de faire le prélèvement ? Date de fin du traitement :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Porteur d'un lichen plan, psoriasis, eczéma, dermatite de contact, diabète, pathol. thyroïdienne, Sd. de Raynaud, autre ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Antécédents d'infection ? De quel type :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
A eu un ttt par Tétracyclines, Quinolones, psoralènes ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Patient immunodéprimé (greffe, hémopathie maligne...)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Traitement corticoïde à long terme	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

L'échantillon doit être identifié – Le recueil doit être effectué avec du matériel fourni par le laboratoire et selon les recommandations du manuel de prélèvement

A remplir par le préleveur

Nom : Nom de naissance :

Prénom : Date de naissance :/...../.....

Date du recueil..... Heure du recueil:

Nom du préleveur :

Nombre d'écouvillons :

Type de récipient :

Site du prélèvement, mode de recueil :		
Aspect :		
Voyages : si oui, quel pays ?.....	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Loisirs : Sport en salle, arts martiaux ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Natation, sports équestres ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Chaussures fermées, de sécurité ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Transpiration excessive ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Lésion traumatique des ongles ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Animaux de compagnie, de rente : Lesquels ?.....	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Jardinage (champignons telluriques) ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Cas similaires dans l'entourage ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Profession ?		
Date du début des symptômes :		
Le patient a-t-il pris des antifongiques avant de faire le prélèvement ? Date de fin du traitement :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Porteur d'un lichen plan, psoriasis, eczéma, dermatite de contact, diabète, pathol. thyroïdienne, Sd. de Raynaud, autre ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Antécédents d'infection ? De quel type :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
A eu un ttt par Tétracyclines, Quinolones, psoralènes ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Patient immunodéprimé (greffe, hémopathie maligne...)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Traitement corticoïde à long terme	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

L'échantillon doit être identifié – Le recueil doit être effectué avec du matériel fourni par le laboratoire et selon les recommandations du manuel de prélèvement