



# Pôle de Biologie Pathologie Génétique

## INSTITUT DE MICROBIOLOGIE

### - SERVICE DE PARASITOLOGIE MYCOLOGIE - Pr SENDID

☎ 03 20 44 55 77

FAX 03 20 44 48 95

### FICHE DE DEMANDE D'EXPERTISE D'UNE SOUCHE FONGIQUE

(LEVURE, DERMATOPHYTE, MOISSISURE)

V1 Janvier 2020

#### IDENTIFICATION PATIENT

NOM : .....

Prénom : .....

NOM D'EPOUSE : .....

DDN : .....

Sexe :  M  F

#### DEMANDEUR

#### ANALYSE DEMANDEE

- |   |                |
|---|----------------|
| <input type="checkbox"/> Identification morphologique   | (MYID)         |
| <input type="checkbox"/> Identification moléculaire   | (IMC)          |
| <input type="checkbox"/> Identification morphologique et moléculaire                            | (MYID) + (IMC) |
| <input type="checkbox"/> Détermination de la sensibilité aux antifongiques (hors dermatophytes) | (MYAF)         |

#### PATIENT

Immunodéprimé :  non  oui ..... (préciser)

#### SOUCHE FONGIQUE

Date du prélèvement : .....

Nature et site anatomique du prélèvement initial :

Hémoculture  LCS  Biopsie : ..... (préciser la localisation)

LBA  Autre prélèvement respiratoire ..... (préciser la nature : crachat, aspiration bronchique,...)

Cheveux  Ongles  Squames : ..... (préciser la localisation)

Autre : ..... (préciser)

Première identification (genre/espèce) si réalisée :

.....

.....

.....

.....