

FICHE DE SUIVI DE PRELEVEMENT : ONGLE

(Document complété à caractère confidentiel)

Date et heure du recueil :

Préleveur :

IDENTITE DU PATIENT

Mme/Melle/Mr : Prénom :	Résultats :
Date de naissance :	<input type="checkbox"/> au laboratoire
Adresse :	<input type="checkbox"/> internet
.....	(Renseigner Email).
n° tél / Port : Email :	Prescripteur :

Avez-vous une ordonnance (la joindre à cette fiche) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
n° sécurité sociale :
nom/prénom de l'assuré : date de naissance :
caisse principale : mutuelle : n° adhérent :

CIRCONSTANCES DE L'ANALYSE

TRAITEMENT ANTIFONGIQUE LOCAL
Le patient prend ou a pris récemment des antifongiques (< 2 mois) ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> solution filmogène <input type="checkbox"/> vernis <input type="checkbox"/> topique <input type="checkbox"/> antifongique systémique
Nom du médicament :
<input type="checkbox"/> Il est en cours depuis : <input type="checkbox"/> Il est arrêté depuis : <input type="checkbox"/> Il va être mis en route :
CIRCONSTANCE DE LA DEMANDE
<input type="checkbox"/> suspicion de mycose unguéale <input type="checkbox"/> contrôle négativation
<input type="checkbox"/> autre :
PATHOLOGIE ASSOCIEE ou FACTEURS FAVORISANTS
<input type="checkbox"/> diabète <input type="checkbox"/> immunodéficience <input type="checkbox"/> vasculopathie périphérique
<input type="checkbox"/> existence d'un antécédent d'onychomycose <input type="checkbox"/> psoriasis <input type="checkbox"/> autre :
ASPECT CLINIQUE DE LA LESION
Merci de prendre un cliché photographique à envoyer à lxbio.info@inovie.fr
-atteinte tabulaire <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
-atteint distale <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non latéro-distale <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non proximale <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
-leuconychie <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
-description de la lésion :
AUTRES RENSEIGNEMENTS
Métier exercé :
Sport(s) pratiqué(s) de façon intensive (/ piscine, équitation, arts martiaux, gymnastique...) :
Animaux de compagnie • oui • non si oui, préciser :