

FICHE DE SUIVI DE PRELEVEMENT : cuir chevelu- zones pileuses

(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"/> 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 teigne tondante <input type="checkbox"/> suspicion teigne inflammatoire (kérion) <input type="checkbox"/> suspicion teigne favique
<input type="checkbox"/> suspicion folliculite <input type="checkbox"/> suspicion sycosis <input type="checkbox"/> contrôle négativation
<input type="checkbox"/> autre :
PATHOLOGIE ASSOCIEE ou FACTEURS FAVORISANTS
<input type="checkbox"/> immuno-dépression <input type="checkbox"/> diabète <input type="checkbox"/> corticothérapie <input type="checkbox"/> chimiothérapie <input type="checkbox"/> autre :
<input type="checkbox"/> voyage récent ou provenance : préciser
<input type="checkbox"/> contact avec animaux : préciser
ASPECT CLINIQUE DE LA LESION
Merci de prendre une photo à envoyer à lxbio.info@inovie.fr (prélèvement externe) ou à envoyer selon procédure interne.
<u>Localisation cuir chevelu</u>
-plaques d'alopécie
● isolée <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non ● multiples <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
● grandes <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non ● petites <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
● rouge <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non ● purulente <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non ● inflammatoire <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
-cheveux cassés ● à ras <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
-présence de croûte ● <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
-périphérie de la lésion ● squameuse <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non ● érythémateuse <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
-fluorescence verte en lumière de Wood <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<u>Localisation barbe moustache</u> préciser :
● lésions suppurées <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non ● érythémateuses <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non ● expulsion du poils parasité <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<u>Localisation zone pileuse</u> préciser :
- nodules érythémateux centrés par un poil <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
AUTRES RENSEIGNEMENTS
Métier exercé :
Autres renseignements éventuellement utiles :