

CENTRE DE RÉFÉRENCE POUR LES MYCOSES

FORMULAIRE A ENVOYER AVEC L'ÉCHANTILLON AU CENTRE DE RÉFÉRENCE

Professeur Marie-Pierre HAYETTE

Service de Microbiologie Clinique-CHU de Liège- Sart-Tilman B23- 4000 Liège
Tél. CNR 04/323.22.98 – Secrétariat 04.323.22.90 Fax 04/366.24.40- Email: mphayette@chuliege.be
Rosalie Sacheli, Responsable scientifique, R.Sacheli@chuliege.be

***IDENTIFICATION DU LABORATOIRE QUI ENVOIE L'ÉCHANTILLON**

*Nom du responsable :
*Nom du laboratoire :
*Adresse (ou cachet).....
Code postal + localité :
N° d'agrégation :
Tél. : Fax :
Adresse Email contact:
*Nom du médecin demandeur :
et N° INAMI :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT

*Nom (initiales/autre code) :
*Sexe : H F
*Date de naissance (ou âge) :
*Code postal/Localité :
Nationalité : Origine :
Séjour récent à l'étranger : oui/durée : non
Si oui, pays ou région :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ÉCHANTILLON

*Numéro d'identification :
Ex. microscopique direct :
Nature: Levure Filamenteux Inconnu
*Souche isolée de :
 Prélèvement respiratoire :
 Sang :
Phanères: ongle pied ongle main cheveu cuir chevelu peau *Si peau, préciser le site de prélèvement :
 Autre :
*Date de prélèvement :
*Identification présumée :

***Indispensable**

CADRE RÉSERVÉ AUX CAS DE SUSPICION DE RÉSISTANCE À LA TERBINAFINE

Localisation de la lésion :
Lésion étendue : Oui Non
Patient sous traitement : Oui Non
Si oui, nom du traitement :
Séjour récent en Inde ou environs (préciser le pays) :

INFORMATIONS CLINIQUES

*Selon le cas préciser les symptômes observés:
 Mycose profonde:.....
 Mycose sous-cutanée:.....
 Mycose superficielle :
Dermatophytose étendue Oui Non
*Facteurs associés :
 Traitement par immunosupresseurs VIH Corticoïdes
 Hémopathie
 Transplantation d'organe de M. osseuse : date :
 Diabète autre :
 Commentaires :
.....

INFORMATIONS ÉPIDÉMIOLOGIQUES

Mode de transmission probable
Dermatophytes
 Contact avec animal (préciser lequel):.....
 Epidémie en milieu scolaire transmission intrafamiliale
 Autres :

ANALYSES DEMANDÉES

Identification Antifungigramme
 PCR résistance à la terbinafine (si résistance clinique)
 PCR pan-fongique (sur souche isolée en culture)
 PCR dermatophytes (examen direct positif et culture négative)
 Génotypage dermatophytes (WGS, en cas d'épidémie)

AUTRES INFORMATIONS IMPORTANTES

CENTRE DE RÉFÉRENCE POUR LES MYCOSES

FORMULAIRE A RENVOYER AVEC L'ÉCHANTILLON AU CENTRE DE RÉFÉRENCE :

Professor Katrien Lagrou
 UZ Leuven, Dienst Laboratoriumgeneeskunde,
 Herestraat 49, B-3000 Leuven
 Tel. 016/34.70.98-Fax.016/34.79.31
 Email:katrien.lagrou@uzleuven.be

***IDENTIFICATION DU LABORATOIRE QUI ENVOIE L'ÉCHANTILLON**

Nom du responsable :
 Nom du laboratoire :
 Tél. :Fax :
 Adresse Email contact:
 Nom du médecin demandeur :
 et N° INAMI :

***RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT**

Nom:
 Sexe : H F
 Date de naissance :
 Numéro de registre national :
 Rue + N° :
 Code postal/Localité :
 Nationalité :
 Séjour récent à l'étranger : oui/durée : non
 Si oui, pays ou région :

***RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ÉCHANTILLON**

*Numéro d'identification :
 *Date de prélèvement :
 Ex. microscopique direct :
 Nature :
 *Souche : Levure Filamenteux
 Isolé de :
 Tissu LBA Autre :

INFORMATIONS ÉPIDÉMIOLOGIQUES

Mode de transmission probable
 Dermatophytes
 Familial Communautaire
 Contact avec animal :
 Mycose profonde (en cas d'épidémie) :

***Indispensable**

INFORMATIONS CLINIQUES

*Selon le type de mycose:

- Mycose profonde:.....

 Mycose sous-cutanée:.....

 Mycose superficielle :.....

*Facteurs associés :

- Neutropénie VIH/SIDA Corticoïdes
 Transplantation d'organe :
 Diabète Traitement aux immunosuppresseurs :

 Autre :

***TESTS DEMANDES**

- 1056 Identification,
 Identification présumée :.....
 1055 Antifungigramme
 1760 PCR Pneumocystis (LBA) (*uniquement pour confirmation de l'immunofluorescence ou PCR*)
 1520 PCR Pneumocystis (ASPIRATION) (*uniquement pour confirmation de l'immunofluorescence ou PCR*)
 5734 PCR Aspergillus (BIOPSIE) (détection de l'espèce et résistance) (*en cas d'examen direct positif avec culture négative*)
 5733 PCR Aspergillus (LBA) (détection de l'espèce et résistance) (*en cas de galactomannane positif et culture négative*)
 5732 PCR Aspergillus (FLUIDES DIVERS) (détection de l'espèce et résistance) (*en cas d'examen direct positif avec culture négative*)
 5805 PCR Mucorales (LBA)**
 5807 PCR Mucorales (BIOPSIE)**
 5806 PCR Mucorales (SANG)**
 5808 PCR Mucorales (FLUIDES DIVERS)**
 6005 Pan fongique PCR (BIOPSIE) **
 5799 Pan fongique PCR (FLUIDES DIVERS)**
 5999 test de β -D-glucane (SERUM)
 Géotypage (*en cas d'épidémie*)

**** Contact préalable avec le CNR indispensable.**