

# MYCODERMATOLOGIE

**OBLIGATOIRE**

Coordonnées patient(e)

Nom, Prénom:

Date de naissance: JJ / MM / AAAA Sexe:  F  M

Adresse:

Département:

**OBLIGATOIRE**

Date de demande: JJ / MM / AAAA

Cachet et signature prescripteur:

Copie à: .....  Copie patient

**OBLIGATOIRE**

Date et heure de prélèvement : JJ / MM / AAAA    HH H MM

**OBLIGATOIRE**

Prélevé par :

**RCPDF RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:**

|                     | Ongles | Squames | Peau | Cheveux | Frottis sec | Scotch test |    |
|---------------------|--------|---------|------|---------|-------------|-------------|----|
|                     | 9601   | 9602    | 9603 | 9604    | 9606        | 9605        |    |
| Examen direct myco. |        |         |      |         |             |             | 05 |
| Cult. moisissures   |        |         |      |         |             |             | 11 |
| Cult. levures       |        |         |      |         |             |             | 13 |
| Rech. de parasites  |        |         |      |         |             |             | 21 |