Centre National de Référence Mycoses et Antifongiques
INSTITUT PASTEUR
Dr. Françoise Dromer (directeur), **Pr. Olivier Lortholary** (adjoint)
Pr. Jean-Charles Gantier, Pr. Stéphane Bretagne (collaborateurs)
25, rue du Dr. Roux, 75724 PARIS Cedex 15
Téléphone 01 45 68 83 54 ; Télécopie : 01 45 68 84 20 ; email : cnrma@pasteur.fr

DEMANDE D'EXPERTISE *(les renseignements obligatoires sont marqués *)*

LABORATOIRE DEMANDEUR	**PATIENT**			
Nom du correspondant :	NOM COMPLET*:			
Hôpital:				
Service	Prénom *:			
Téléphone / FAX	Sexe *	**M**	**F**	
VILLE	Date de naissance *	*jour*	*mois*	*année*

SERVICE D'HOSPITALISATION DU PATIENT ……

Service de soins intensifs : **OUI** ☐ **NON** ☐

DEMANDE D' EXPERTISE SUR UNE SOUCHE

☐ Identification
☐ Détermination de sensibilité aux antifongiques

Date de prélèvement *	*jour*	*mois*	*année*
Site de prélèvement *			
Histologie ou examen direct *	☐ positif *préciser*……		
	☐ négatif		
Résultat de la première identification *			

DEMANDE DE SEROLOGIE DE MYCOSE EXOTIQUE

Date de recueil du sérum*:	*jour*	*mois*	*année*

☐ Histoplasmose
☐ Coccidioidomycose
☐ Blastomycose
☐ Paracoccidioidomycose

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET EPIDEMIOLOGIQUES

Présence d'un facteur d'immunodépression* ☐ OUI ☐ NON	☐ Infection par le VIH ☐ Traitement corticoïdes ☐ Cancer / hémopathie ☐ Autre facteur ☐ Transplantation d'organes
Autre facteur favorisant l'infection actuelle	*Précisions* ……
Voyage en pays d'endémie * *(obligatoire pour toute demande de sérologie)*	☐ DOM/TOM ☐ Afrique ☐ Amérique du Nord ☐ Asie ☐ Amérique latine ☐ Autres
Symptomatologie actuelle * ☐ s. généraux (fièvre …) ☐ s. cutanéo-muqueux ☐ s. pulmonaires ☐ s. oculaires ☐ s. neurologiques ☐ s. osseux ☐ s. digestifs ☐ autres signes	*Précisions :*
Traitement antifongique actuel :	
Commentaires éventuels	

Droit d'accès et de rectification auprès du CNRMA (loi du 6 janvier 1978)