

	FORMULAIRE PRELEVEMENT MYCOLOGIQUE DES PHANERES - RENSEIGNEMENTS CLINIQUES			
	Identification F_MO_PREL_36_C	Approbateur Laurence AULOGE	Date d'application 08/02/2024	Version 2

Matricule du patient : (ou date de naissance)

Nom et prénom du patient :

Date et heure de prélèvement :

Description

aucune lésion squameuse visible

tête Aspect : petite plaque d'alopecie
 grande plaque d'alopecie

peau zone découverte du corps :
 zone couverte :
 plis :
 espace inter-digital
 espace inter-orteil

Aspect : herpès circiné (cocarde sèche +/- desquamante)
 lésion suintante
 lésion purulente

ongles main
 pied

Aspect : épaissement
 coloration brune
 lésion purulente

Historique

→ Date de découverte

→ Notion de voyage Non Oui
 ↪ Quel pays / continent

→ Animal de compagnie Non Oui
 ↪ Type d'animal

→ Environnement professionnel

Traitement

→ Traitement pas de traitement
 en cours par antifongiques oui non
 immunosuppresseurs oui non
 corticoïdes oui non
 autres oui non
 ↪ Lequel :

arrêt du traitement depuis le : Lequel :

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">KETTERHILL</div>	FORMULAIRE ENTNAHME MYKOLOGISCHER SCHUPPEN – KLINISCHE INFORMATIONEN			
Identification F_MO_PREL_36_C	Approbateur Laurence AULOGE	Date d'application 08/02/2024	Version 2	Page 2 / 2

CNS Nummer des Patienten : (oder Geburtsdatum)

Name und Vorname des patienten :

Uhrzeit und Datum der Probe :

BESCHREIBUNG

keine schuppigen Läsionen sichtbar

Kopf Aspekt : kleine Alopezie Stelle
 grosse Alopezie Stelle

Haut Entdeckung an welcher Körperstelle :
 bedeckte Stelle :

Falte :

inter-digitale Stelle

Zehenzwischenraum

Aspekt : Herpes Circensus (trocken, kreisförmig +/- schuppig)
 nässende Läsion
 eitrig Läsion

Nägel Hand
 Fuss

Aspekt : Verdickung
 braune Verfärbung
 eitrig Läsion

ERKLÄRUNGEN

→ Feststellungsdatum

→ Reiseplanung nein ja
↳ Welches Land / Kontinent

→ Haustier nein ja
↳ Welches

→ berufliches Umfeld

BEHANDLUNG

→ Behandlung keine Behandlung

in Behandlung mit Antifungiziden ja nein
Immunsuppressoren ja nein
Kortikoide ja nein
Andere ja nein
↳ Welche :

Behandlungsende seit dem : Welches :