



KETTERTHILL

FORMULAIRE

PRELEVEMENT MYCOLOGIQUE DES PHANERES - RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Identification
F_MO_PREL_36_CApprobateur
Aurelie BINETDate d'application
02/07/2026Version
4Page
1 / 2

F_MO_QUAL_09_D_02

Matricule du patient :
(ou date de naissance)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nom et prénom du patient :

Date et heure de prélèvement :

Description

☐ aucune lésion squameuse visible☐ têteAspect : ☐ petite plaque d'alopecie
☐ grande plaque d'alopecie☐ peau glabre☐ zone découverte du corps :
☐ zone couverte :
☐ plis :
☐ espace inter-digital
☐ espace inter-orteilAspect : ☐ herpès circiné (cocarde sèche +/- desquamante)
☐ lésion suintante
☐ lésion inflammatoirelésion : ☐ localisée ☐ très étendue☐ ongles :☐ main☐ pied

Aspect :

☐ épaissement ☐ coloration brune
☐ lésion inflammatoire

Historique

→ Date de découverte

.....

→ Notion de voyage

☐ non ☐ oui
↳ Quel pays / continent

→ Animal de compagnie

☐ non ☐ oui
↳ Type d'animal

→ Profession

.....

Traitement

→ Traitement

☐ pas de traitement☐ Traitement **LOCAL** en cours par antifongiques : ☐ oui ☐ non☐ vernis ☐ crème ☐ lotion Nom :par corticoïdes : ☐ oui ☐ nonpar autre : ☐ oui ☐ non☐ Traitement **GENERAL** en cours par antifongiques : ☐ oui ☐ non

Nom :

par immunosuppresseurs : ☐ oui ☐ non

Nom :

☐ arrêt du traitement depuis le :

.....

Type : ☐ local ☐ général

Nom :

Le laboratoire Ketterthill est amené, en qualité de responsable du traitement, à traiter vos données personnelles renseignées dans le présent formulaire.
Nous traitons ces données pour les finalités suivantes : réalisation des analyses, interprétation et transmission des résultats, gestion administrative du laboratoire, fins scientifiques ou de contrôle et le cas échéant, anonymisation des données. Pour exercer vos droits, vous pouvez contacter notre référent à la protection des données (RGPD) en écrivant à : dataprotection@ketterthill.lu ou en vous rendant sur www.ketterthill.lu

KETTERHILL		FORMULAIRE		
		ENTNAHME MYKOLOGISCHER SCHUPPEN – KLINISCHE INFORMATIONEN		
Identification F_MO_PREL_36_C	Approbateur Aurelie BINET	Date d'application 02/07/2026	Version 4	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

☐ glatte Haut ☐ Entdeckung an welcher Körperstelle :
☐ bedeckte Stelle :
☐ Falte :
☐ inter-digitale Stelle
☐ Zehenzwischenraum

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

Läsion : ☐ lokalisiert ☐ sehr umfangreich

☐ Nägel ☐ Hand ☐ Fuss

Aspekt : ☐ Verdickung ☐ braune Verfärbung
☐ entzündliche Läsion

ERKLÄRUNGEN

→ Feststellungsdatum
→ Reiseplanung ☐ nein ☐ ja
↳ Welches Land / Kontinent
→ Haustier ☐ nein ☐ ja
↳ Welches
→ Beruf
.....

BEHANDLUNG

→ Behandlung ☐ keine Behandlung

☐ Laufende LOKALE Behandlung mit Antimykotika: ☐ ja ☐ nein
☐ Lack ☐ Creme ☐ Lotion Name:
Mit Kortikosteroiden : ☐ ja ☐ nein
mit anderen Mitteln: ☐ ja.....☐ nein

☐ Laufende SYSTEMISCHE Behandlung mit Antimykotika: ☐ ja ☐ nein
Name :
Mit Immunsuppressiva : ☐ ja ☐ nein
Name :

☐ Behandlungsabbruch seit dem:
Type : ☐ lokal ☐ systemisch Name :