

Adressé par (mail + n° de téléphone avec TAMPON du médecin) :

Date de la demande :

Identification du malade :

NOM :

Prénom :

Sexe :

Date de naissance :

Adresse postale :

Téléphone :

A°) Motif d'adressage

1° suspicion de teigne de l'ongle : NON – OUI

atteinte ongle 1-2-3-4-5 main G (*entourer la , les cibles*)

atteinte ongle 1-2-3-4-5 main Dte (*entourer la , les cibles*)

atteinte ongle 1-2-3-4-5 pied G (*entourer la , les cibles*)

atteinte ongle 1-2-3-4-5 pied Dt (*entourer la , les cibles*)

2° suspicion de teigne de la peau glabre: NON – OUI

3° suspicion de teigne du cuir chevelu : NON – OUI

4° suspicion de candidose : NON – OUI

5° autre ectoparasitose: NON – OUI (si oui :)

B°) ATCD de traitement antifongique : NON – OUI

1° nature de l'antifongique local : général-local- local et général (*entourer la , les traitements déjà réalisés*)

3° durée du (des) traitement(s) en mois :

3° date d'arrêt du dernier traitement antifongique :

C°) Facteurs de risques :

Greffe organe : NON – OUI

Diabète : NON – OUI

VIH : NON – OUI

Traitement immunosuppresseur général : NON – OUI

Corticothérapie locale : NON – OUI

D°) Facteurs épidémiologiques :

Séjour ou voyage à l'étranger (lieu, durée...) :

E°) Observation médicale :

F°) Date de début de la dermatose :