

LABORATOIRE DE PARASITOLOGIE-MYCOLOGIE

DEMANDE D'ANALYSES IMMUNOLOGIQUES
PARASITAIRES ET FONGIQUES

Nom : Prénom : Date de naissance :
Patient adressé des consultations de (service)
n de soin n° dossier/matricule :

A remplir obligatoirement par le médecin prescripteur

Nature du prélèvement : Sang LCR LBA Autres :

Analyses demandées

Sérologie Aspergillaire Recherche d'antigènes d'*Aspergillus*
Sérologie Candidosique Recherche d'antigènes de *Candida*
Diagnostic immunologique de *Pneumocystis jirovecii*
Recherche d'antigènes de *Cryptococcus neoformans*
Recherche d'antigènes de *Plasmodium*
Sérologie Amibienne Sérologie de la Distomatose
Sérologie de l'Hydatidose Sérologie de la Toxocarose
Sérologie de la Leishmaniose viscérale

Contexte:

Déficit immunitaire Traitement immunosuppresseur
Antécédents
Déplacement/Voyage Région/Pays date
Métier Contact avec animaux (lesquels :)
Habitudes alimentaires :

Signes cliniques :

Délai d'apparition :
Fièvre Symptomatologie :
abdominale digestive
pulmonaire neurologique
autres localisations
Description :

Biologie : CRP :

Hyperéosinophilie Anémie
Leucopénie Hyperleucocytose
Autre :

Imagerie :

Traitement (molécule et date):

Antibiotique
Antifongique
Antiparasitaire

Date :/...../..... Médecin prescripteur (nom lisible et signature)