

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) .....