

MINISTERE DE LA SANTE  
HÔPITAL CHARLES NICOLLE

LABORATOIRE DE PARASITOLOGIE-MYCOLOGIE

DEMANDE D'EXAMENS PARASITOLOGIQUES ET  
MYCOLOGIQUES

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 :  
.....

Examen demandé : Parasitologique  Mycologique

Préciser l'analyse : .....

Motif de consultation:  
.....

Signes cliniques et examens biologiques actuels motivant l'examen:  
.....  
.....  
.....

Déficit immunitaire

Traitement immunosuppresseur

Traitement (molécule et date):

Antibiotique  .....

Antifongique  .....

Antiparasitaire  .....

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