

**CENTRE DE RÉFÉRENCE POUR LES MYCOSES**

**FORMULAIRE A ENVOYER AVEC L'ÉCHANTILLON AU CENTRE DE RÉFÉRENCE**

**Professeur Marie-Pierre HAYETTE**

Service de Microbiologie Clinique-CHU de Liège- Avenue de l'Hôpital 1, Tour 6, +2- 4000 Liège

Tél. CNR 04/323.22.98 – Secrétariat 04.323.22.90 Fax 04/3232299- Email: [mphayette@chuliege.be](mailto:mphayette@chuliege.be)

Rosalie Sacheli, Responsable scientifique, [R.Sacheli@chuliege.be](mailto:R.Sacheli@chuliege.be)

**\*IDENTIFICATION DU LABORATOIRE QUI ENVOIE L'ÉCHANTILLON**

\*Nom du responsable : .....

\*Nom du laboratoire : .....

\*Adresse (ou cachet).....

Code postal + localité : .....

N° d'agrégation : .....

Tél. : ..... Fax : .....

Adresse Email contact: .....

\*Nom du médecin demandeur : .....

et N° INAMI : .....

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT**

\*Nom (initiales/autre code) : .....

\*Sexe :  H  F

\*Date de naissance (ou âge) : .....

\*Code postal/Localité : .....

Nationalité : ..... Origine : .....

Séjour récent à l'étranger :  oui/durée : .....  non

Si oui, pays ou région : .....

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ÉCHANTILLON**

\*Numéro d'identification : .....

Ex. microscopique direct : .....

Nature:  Levure  Filamenteux  Inconnu

\*Souche isolée de :

Prélèvement respiratoire : .....

Sang : .....

**Phanères:**  ongle pied  ongle main  cheveu  cuir chevelu  peau \*Si peau, préciser le site de prélèvement : .....

Autre : .....

\*Date de prélèvement : .....

\*Identification présumée : .....

**\*Indispensable**

**CADRE RÉSERVÉ AUX CAS DE SUSPICION DE RÉSISTANCE À LA TERBINAFINE**

Localisation de la lésion : .....

Lésion étendue :  Oui  Non

Patient sous traitement :  Oui  Non

Si oui, nom du traitement : .....

Séjour récent en Inde ou environs (préciser le pays) : .....

**INFORMATIONS CLINIQUES**

\*Selon le cas préciser les symptômes observés:

Mycose profonde:.....

Mycose sous-cutanée:.....

Mycose superficielle : .....

Dermatophytose étendue  Oui  Non

.....

\*Facteurs associés :

Traitement par immunosupresseurs  VIH  Corticoïdes

Hémopathie

Transplantation  d'organe  de M. osseuse : date :

Diabète  autre : .....

Commentaires : .....

.....

**INFORMATIONS ÉPIDÉMIOLOGIQUES**

Mode de transmission probable

Dermatophytes

Contact avec animal (préciser lequel):.....

Epidémie en milieu scolaire  transmission intrafamiliale

Autres : .....

**ANALYSES DEMANDÉES**

Identification  Antifungigramme

PCR résistance à la terbinafine (si résistance clinique)

PCR pan-fongique (sur souche isolée en culture)

PCR dermatophytes (examen direct positif et culture négative)

Génotypage dermatophytes (WGS, en cas d'épidémie)

**AUTRES INFORMATIONS IMPORTANTES**

**FORMULAIRE A RENVOYER AVEC L'ÉCHANTILLON AU CENTRE DE RÉFÉRENCE:**

UZ Leuven - Dienst Laboratoriumgeneeskunde (NRC)

Herestraat 49 - 3000 Leuven

Tel. 016 34 70 00

prof. apr. Katrien Lagrou ([katrien.lagrou@uzleuven.be](mailto:katrien.lagrou@uzleuven.be))

**\*IDENTIFICATION DU LABORATOIRE QUI ENVOIE L'ÉCHANTILLON**

Nom du responsable : .....

\*Nom du laboratoire : .....

Tél. : .....Fax : .....

Adresse Email contact: .....

\*Nom du médecin demandeur : .....

+ N° INAMI : .....

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT**

\*Nom: .....

\*Sexe :  H  F  Inconnu

\*Date de naissance : .....

\*Numéro de registre national : .....

\*Rue + N° : .....

\*Code postal + Localité : .....

Nationalité : .....

Séjour récent à l'étranger :  Oui  Non

Si oui, pays ou région : .....

**\*INFORMATIONS CLINIQUES**

\*Selon le type de mycose:

Mycose profonde:  
.....

Mycose sous-cutanée :  
.....

Mycose superficielle :  
.....

\*Facteurs associés :

Neutropénie  VIH/SIDA  Corticoïdes

Transplantation d'organe  
type : .....

Diabète  Traitement aux immunosuppresseurs

Autre:.....

**\*Indispensable**

**\*\* Contact préalable avec le CNR indispensable**

**\*TESTS DEMANDES**

**Tests remboursés par la nomenclature INAMI:**

1056  Identification de souche envoyée

1055  Antifungigramme de souche envoyée  
(isolé d'un endroit normalement stérile)

Identification présumée:.....

5999  Test de  $\beta$ -D-glucane (sang)

**Tests réalisés sur le budget du CNR:**

1056  Confirmation d'identification de souche envoyée  
Identification présumée:.....

1055  Antifungigramme de souche envoyée  
(pas isolé d'un endroit normalement stérile)  
Identification présumée:.....

6005  Pan fongique PCR (biopsie)\*\*

5799  Pan fongique PCR (fluide corporel)\*\*  
LBA n'est pas un échantillon convenable pour PCR pan  
fongique

Génotypage (*en cas d'épidémie*)

*Uniquement pour confirmation de l'immunofluorescence ou  
PCR douteux :*

1760  PCR Pneumocystis jirovecii (LBA)

1520  PCR Pneumocystis jirovecii (aspiration  
bronchique ou endotrachéale)

**Tests qui seront facturés:**

5734  PCR Aspergillus (biopsie)

5733  PCR Aspergillus (LBA)

5732  PCR Aspergillus (fluides divers)

5805  PCR Mucorales (LBA)

5807  PCR Mucorales (biopsie)

5806  PCR Mucorales (sang)

5808  PCR Mucorales (fluides divers)

**\*RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ÉCHANTILLON**

\*Numéro d'identification : .....

\*Date de prélèvement : .....

Résultat examen microscopique direct :

.....

\*Nature:

Souche:  Levure  Filamenteux

Isolé de : .....

Tissu  LBA  Autre : .....