



REPUBLIQUE TUNISIENNE
Ministère de la Santé
Etablissement Public de Santé
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 soins : N°DM :

A remplir obligatoirement par le médecin prescripteur

Nature du prélèvement :
.....

Examen demandé : Parasitologique ☐ Mycologique ☐

Préciser l'analyse :

Motif de consultation :
.....

Signes cliniques / biologiques / d'imagerie actuels motivant l'examen :
.....
.....
.....

Déficit immunitaire ☐

Anémie ☐

Traitement immunosuppresseur ☐

Hyperéosinophilie ☐

Traitement (molécule et date):

Antibiotique ☐

Antifongique ☐

Antiparasitaire ☐

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

* : la demande doit être correctement remplie et signée.