



Hôpital Charles Nicolle
مستشفى شارل نيكول

REPUBLIQUE TUNISIENNE
Ministère de la Santé
Etablissement Public de Santé
Charles Nicolle
Laboratoire de Parasitologie-Mycologie

DEMANDE D'ANALYSES IMMUNOLOGIQUES PARASITAIRES ET FONGIQUES*

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 : Sang ☐ LCS ☐ 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 de l'échinococcose kystique ☐
Sérologie de la leishmaniose viscérale ☐
Sérologie amibienne ☐ Sérologie de la distomatose ☐
Sérologie du Larva migrans viscéral (Toxocarose) ☐

Contexte:

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

Signes cliniques :

Délai d'apparition :
Fièvre ☐
Symptomatologie : digestive ☐
pulmonaire ☐ neurologique ☐
Autres signes.....
.....
.....

Biologie : CRP :

Anémie ☐ Hyperéosinophilie ☐
Hyperleucocytose ☐ Leucopénie ☐
Thrombopénie ☐
Autre :

Imagerie :

Traitement (molécule et date):

Antibiotique ☐
Antifongique ☐
Antiparasitaire ☐

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

* : la demande doit être correctement remplie et signée.