



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

DEMANDE DE RECHERCHE D'ADN PARASITAIRE

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 ☐
- Liquide amniotique ☐
- Humeur aqueuse ☐
- Grattage cornéen ☐
- Cutané ☐
- Autres :

Demande d'une PCR pour le diagnostic d'une :

- toxoplasmose materno-fœtale ☐ oculaire ☐
- leishmaniose viscérale ☐ cutanée ☐
- kératite amibienne ☐

ATCD du patient en rapport avec la demande :

.....
.....

Contexte clinique (Signes cliniques, résultats d'examens biologiques et d'imagerie) justifiant la demande :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Traitement (molécule et date):

Antifongique ☐
Antiparasitaire ☐

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

* : la demande doit être correctement remplie et signée.