



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

**DEMANDE DE SEROLOGIES PARASITAIRES DANS LE CADRE D'UN
BILAN DE PRE-TRANSPLANTATION D'ORGANES**

DONNEUR

Nom : Prénom : Date de naissance :

Patient adressé des consultations de (service).....

N° de soins : N° DM :

Sérologies demandées :

Sérologie de la TOXOPLASMOSE ☐ Sérologie de la LEISHMANIOSE VISCERALE ☐

Sérologies antérieures :

Sérologie antérieure de la toxoplasmose ☐ Résultats :

Sérologie antérieure de la leishmaniose viscérale ☐ Résultats :

RECEVEUR

Nom : Prénom : Date de naissance :

Patient adressé des consultations de (service).....

N° de soins : N° DM :

Sérologies demandées :

Sérologie de la TOXOPLASMOSE ☐ Sérologie de la LEISHMANIOSE VISCERALE ☐

Sérologies antérieures :

Sérologie antérieure de la toxoplasmose ☐ Résultats :

Sérologie antérieure de la leishmaniose viscérale ☐ Résultats :

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

* : la demande doit être correctement remplie et signée.