



INSTITUT DE MICROBIOLOGIE

- SERVICE DE PARASITOLOGIE MYCOLOGIE -

☎ 03 20 44 55 77

FAX 03 20 44 48 95

HISTOPLASMOSE SEROLOGIE

sept-16

COORDONNEES DE L'ORGANISME DEMANDEUR

Demandeur

Adresse

CP Ville

Téléphone Télécopie

E mail

PATIENT

Nom

Nom d'épouse

Prénom

Né(e) le

Sexe

ETIQUETTE
PATIENT

SERVICE CLINIQUE

Nom du ou des

Médecins

prescripteurs

TAMPON DU
MEDECIN

Votre référence
Service/Unité
Fax pour envoi des résultats

ANALYSES DEMANDEES

- Sérologie d'*Histoplasma capsulatum* (B 50 4336) OUI NON
- OU
- Sérologie d'*Histoplasma duboisii* (B 50 4336) OUI NON

Remarque : les 2 sérologies ne sont pas cumulables

PRELEVEMENT(S)

Date et heure de prélèvement.

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

- Voyage en pays d'endémie :

- Amérique du Nord. Préciser le pays :
- Amérique latine. Préciser le pays :
- Afrique. Préciser le pays :
- Asie. Préciser le pays :
- DOM/TOM. Préciser :
- Autres :

- Clinique :

- S. pulmonaires
- S. neurologiques
- S. cutanéomuqueux
- S. osseux
- Adénopathies

- Facteurs d'immunodépression :

- HIV
- Hémopathie/Cancer
- Greffe
- Traitement corticoïdes/immunosuppresseurs
- Autres :

- Traitement Antifongique :

OUI NON

Si oui, nom du médicament :

- Autre traitement :