



- Aire sur la lys 03 21 39 26 90
- Longuenesse 03 21 39 92 92
- Lumbres 03 21 95 31 15

Prélèvement mycologique superficiel

IMPORTANT

Ne pas effectuer le prélèvement en cas de traitement antifongique datant :
 < 3 mois si traitement oral ; < 1 mois si traitement « vernis » ; < 15 jours si traitement cutané

Instructions de prélèvement

Ongles / Lésions unguéales (onyxis/ périonyxis)

- couper la partie de l'ongle atteint au coupe-ongles ou aux ciseaux jusqu'à la limite du tissu sain (c'est là que se trouve le champignon potentiel).
- racler avec la curette la tablette interne friable de l'ongle ou les ilots blanchâtres à la surface de l'ongle.
- dans le cas d'un périonyxis : écouvillonner le pourtour de la base de l'ongle et du repli sus-unguéal.

Cutané : Lésions de la peau glabre (Herpès circiné/ dermatose dyschromique)

Lésions des plis : Grands plis (inguinaux, sous mammaires) / petits plis (interdigitaux, inter-orteils)

- lésion squameuse : recueillir les squames dans un flacon stérile hermétique par grattage à la curette en périphérie de la lésion.
- lésions suintantes-inflammatoire : écouvillonner les sérosités à l'aide de 2 écouvillons (E-swab)
- cas particulier : lésions à Pytiriasis versicolor : prélever à la cellophane adhésive transparente et apposer le scotch sur lame porte objet (sauf pour les régions pileuses : recueil des squames).

Cuir chevelu et barbe /Teignes

- Zones inflammatoires suppurées : Ecouvillonner
- Cheveux cassés courts : prélever à la pince
- Squames et croûtes : racler à la curette

Identifier les différents prélèvements

Conservation : apporter le prélèvement **dans les 24 heures à T°ambiante** au laboratoire.

PARTIE SUIVANTE À COMPLÉTER IMPÉRATIVEMENT POUR LA FIABILITÉ DES RÉSULTATS

Renseignements cliniques OBLIGATOIRE

Localisation du prélèvement: _____ **DATE et HEURE du recueil** : _____

- Autre cas dans l'entourage ? non oui
- Ancienneté des lésions : _____
- Loisirs exercés Piscine Equitation Salle de sport
- Contact avec les animaux Bovins Ovins
- Voyage à l'étranger Animaux domestiques : _____ avec lésions ? non oui
- Traitement antifongique non oui lequel : _____

Identité du patient

Nom utilisé : _____ **Nom de naissance** : _____

PrénomS : _____ **Sexe** : M F

Né(e) le : _____ / _____ / _____ **Lieu de naissance** _____

Adresse : _____

Tel : _____

N° SS : _____

Caisse : _____ **Mutuelle** : _____

Préleveur :	Résultat : <input type="checkbox"/> Labo <input type="checkbox"/> Poste <input type="checkbox"/> Pharmacie <input type="checkbox"/> E-mail _____@_____	Cadre réservé au laboratoire Heure de réception au labo : Vérifié par : <input type="checkbox"/> Conforme <input type="checkbox"/> Non - conforme
--------------------	--	---