- A imprimer et joindre au prélèvement -

1- SERVICE ET MEDEDIN PRESCRIPTEUR : .....

2- PATIENT

- Nom de naissance : .....
- Nom d'usage : .....
- Prénom : ..... **OU**
- Date de naissance : ...../...../.....

Etiquette patient

3- TRAITEMENTS

ANTERIEUR □ Non □ Oui		**EN COURS** □Non □ Oui	
Type :		Type :	
Durée :		Durée :	
Effets :		Effets :	
Lésion ayant augmenté sous corticoïdes	□ Non □ Oui	Lésion ayant augmenté sous corticoïdes	□ Non □ Oui
Date d'arrêt :			

NB : Fenêtre thérapeutique nécessaire = - 3 mois pour les ongles (filmogene ou traitement per os)
- 2 semaines pour les topiques

□ **PHANERES : peau, ongles, cuir chevelu, plis, ...**

DESCRIPTIONS DE CHAQUE TYPE DE LESION :

- Localisation : .....
- Aspect : .....
- Taille approximative (en cm) : .....
- Si herpès circiné : degré inflammation : .....
  - Guérison centrale complète : □ Non □ Oui
- Prurigineuse : □ Non □ Oui
- Si lésion cutanée ou cuir chevelu, examen en lumière de Wood : □Non □Oui Si oui résultat : .....
- Si onychopathie ○ lésion cutanée associée : □ Non □Oui Si oui décrire : .....
  - antécédents d'EIDP : □ Non □ Oui Si oui décrire : .....

DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

- Ongles pieds : fréquentation de □ piscine □ tatamis □ autre : .....
- Ongles mains : ○ Activités maintenant l'humidité : □ Non □ Oui
  - Profession : .....
  - Présence de lésions aux pied : □ Non □ Oui Si oui décrire : .....
- Contact avec les animaux : □ Non □ Oui
  - Si oui le(s)quel(s) : .....
  - Dans quel cadre : □ élevage □ domestiques □ chasse □autre : .....
- Voyage à l'étranger : □ Non □ Oui Si oui dans quel pays : .....
- Autre : .....

□ **AUTRES : muqueuses, ….**

- Localisation : .....
- Aspect : .....