



**FICHE D'INSTRUCTION POUR PRELEVEMENTS MYCOLOGIQUES**  
 Ref : C1-INS-02-AMYCO - version 3

**MODALITES DE RECUEIL :**

- Le prélèvement peut être réalisé au laboratoire **si possible après 10H00**
- Respecter un intervalle de 24h entre l'application d'un topique désinfectant et le prélèvement.
- Et si possible **avant toute antibiothérapie.**

**Prélèvement de peau :**

- Arrêt de traitement local depuis au moins **8 jours**
- Arrêt du traitement par voie générale depuis au moins **3 mois.**

**Prélèvement d'ongle :**

- Arrêt du traitement local depuis au moins **1 mois.**
- Arrêt du traitement par voie générale depuis au moins **3 mois.**

**Prélèvement de cheveux :**

- Arrêt de traitement local depuis au moins **8 jours**
- Arrêt du traitement par voie générale depuis au moins **3 mois.**

**DELAI DE RENDU DES RESULTATS :**  
 3-4 semaines

**REMPLIR LA FICHE DE RENSEIGNEMENTS AU VERSO**

**SITE TOKORO**  
 83, avenue d'Embrun - 05000 GAP  
 Tél. 04 92 48 49 50 - Fax 04 92 53 39 82  
 labo.tokoro@ondbio05.fr  
 Ouvert du lundi au vendredi  
 de 07h30 à 12h30 et 14h00 à 18h00  
 samedi de 7h30 à 14h00

**SITE LADOUCETTE**  
 5, cours Ladoucette - 05000 GAP  
 Tél. 04 92 51 32 70 - Fax 04 92 51 14 98  
 labo.ladoucette@ondbio05.fr  
 Ouvert du lundi au vendredi  
 de 07h30 à 12h30 et 14h30 à 18h00

**SITE SAINT-ROCH**  
 6, rue Roger Sabotier - 05000 GAP  
 Tél. 04 92 52 49 99 - Fax 04 92 51 59 85  
 labo.saint-roch@ondbio05.fr  
 Ouvert du mardi au vendredi  
 de 07h30 à 12h30

Cadre réservé au laboratoire

Receptionné par : ..... le ..... à .....

**IDENTITE :**

NOM : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

**RENSEIGNEMENTS GENERAUX :**

- Notion de voyage récent à l'étranger (préciser) : .....
- Présence d'animaux de compagnie au domicile (préciser) : .....
- Mode de vie (collectivité, crèche, pensionnat) : .....
- Profession (éleveur, profession du bâtiment) : .....
- Cas isolé ou autres cas dans l'entourage ? : .....
- Sports pratiqués (équitation, piscine, fréquentation de vestiaires et douches collectives) : .....
- Traitement en cours (préciser) : .....

**ASPECT DES LESIONS :**

PRELEVEMENT	LOCALISATION	ASPECT
Peau		
Cuir chevelu		
Ongles	Mains	
	Pieds	

Lésions suspectes ? : OUI / NON