

CNR des Mycobactéries et de la Résistance des Mycobactéries aux Antituberculeux
Feuille de renseignements confidentiels accompagnant une biopsie cutanée de malade suspect de lèpre multibacillaire

Adresse pour les envois : A l'attention du Pr Emmanuelle CAMBAU
Laboratoire de Bactériologie
Groupe Hospitalier Lariboisière- Fernand Widal
2 rue Ambroise Paré
75475 PARIS CEDEX 10
Tel : 01.49.95.65.54 Fax : 01.49.95.85.37

Prévenir par email avant l'envoi : emmanuelle.cambau@aphp.fr
Le prélèvement ne sera pas étudié tant que les informations ne seront pas complètes
L'envoi de la biopsie doit s'effectuer en tube sec, à température ambiante

Médecin prescripteur

Nom : _____ **Téléphone :** _____
Adresse : _____ **Fax :** _____
Email : _____

Patient

Nom : _____ **Prénom :** _____ **Sexe :** _____
Pays de naissance : _____ **Date de naissance :** _____
En France depuis : _____ **Ville de résidence :** _____
Date du prélèvement : _____ **Site de prélèvement :** _____

Forme clinique de lèpre (si déterminée) ou signes cliniques principaux :
.....
.....

- Nouveau cas Suivi sous traitement
 Rechute (= nouvelles lésions et arrêt du traitement depuis plus de 2 ans)

Si rechute ou suivi sous traitement, merci d'indiquer

Date du diagnostic initial :
Date de début du traitement :
Traitement suivi depuis le diagnostic initial :

Date d'envoi du prélèvement

Signature