

ANNEXE PASTEUR D'ORAN



وهران

Date : / /

Examen Mycologique

- Nom et prénom :

- Age :

- Profession :

- Adresse :

- Médecin traitant :

• Date et nature de prélèvement :

• Date de début de la maladie :

Symptômes :

• Le malade à t'il reçu un TRT : si oui, lequel :

• Séjour hors métropole :

• Résultats des examens déjà pratiqués :

• Antécédents familiaux :