**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**