



**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 : à l'attention du Pr Emmanuelle CAMBAU,  
 Service de Mycobactériologie spécialisée et de référence,  
 Laboratoire associé au CNR des Mycobactéries,  
 Hôpital Bichat - Tour principale - secteur nord - rez de chaussée, 46 Rue Henri Huchard, 75018 Paris  
 Tel : 01.40.25.71.73/01.40.25.70.48

Prévenir par email avant l'envoi : [cnrmyrma.bichat@cnrmyrma.fr](mailto:cnrmyrma.bichat@cnrmyrma.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 (voir recommandations)

<b><u>Biologiste référent</u></b>	Nom :	Téléphone :
Adresse :		Email :
<b><u>Médecin prescripteur</u></b>	Nom :	Téléphone :
Adresse :		Email :

**Patient**

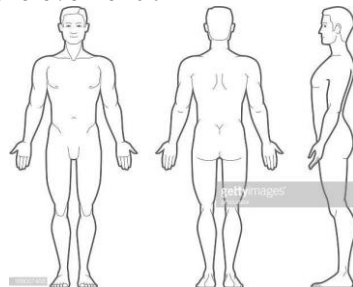
<b><u>Etiquette patient</u></b>     	Nom :	Prénom :	Sexe :
	Pays de naissance :	Date de naissance :	
	En France depuis :	Ville de résidence :	

Date du prélèvement :

**Type de prélèvements :**

- Biopsie
- Frottis sur lame
- Frottis /alcool
- Ecouvillon eswab
- Sang EDTA (IgM anti PGL1)

**Site(s) de prélèvement :**



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

**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