

**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 – rez de chaussée locaux IMEA, 46 Rue Henri Huchard, 75018 Paris  
Tel : 01.40.25.71.73

Prévenir par email avant l'envoi : [emmanuelle.cambau@aphp.fr](mailto: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

**Biologiste référent**

Nom : Téléphone :

Adresse : Fax :

Email :

**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 : Heure du prélèvement :

Site de prélèvement : Index bactériologique (si connu) :

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