

Etude TRIGONASO

Fiche de recueil de données

VOS INFORMATIONS

Nom et prénom du médecin :

Ville : Votre adresse e-mail :

Date de la consultation :

PATIENT : DONNEES GENERALES

NOM (3 premières lettres) Prénom (3 premières lettres) :

Date de naissance : Sexe..... Phototype

DESCRIPTION CLINIQUE

Localisation

Sillon naso-génien : Bilatéral - Droit - Gauche Autres localisations ? :

Signes cliniques

	OUI	NON
Erythème		
Desquamation		
Fissures		
Papules		
Pustules		
Autres : préciser		

Signes fonctionnels

	NON	OUI	INTENSITE (0, +, ++, +++)	FREQUENCE intermittents OU permanents
Prurit				
Picotements				
Douleurs				
Brulures				
Autres : préciser				

Modalités évolutives

Ancienneté (en mois) : Evolution : Par poussées Permanent

Photos cliniques : OUI - NON

Examen en lumière de Wood : OUI - NON

Fluorescence : OUI - NON

Si oui : fluorescence folliculaire : OUI - NON

Couleur : Rouge corail - Vert - Jaune - Autre

Photo en lumière de Wood : OUI - NON

Dermatoses associées

Acné : Non Oui Si oui : Débutante - Modérée - Sévère

Folliculite / acné du dos : OUI - NON

Folliculite du cuir chevelu : OUI - NON Dermate périorale : OUI - NON

Dermatite séborrhéique du visage : OUI - NON DS du cuir chevelu : OUI - NON

Autres :

ATCD MEDICAUX DU PATIENT

DA : OUI - NON Asthme : OUI - NON Rhinoconjonctivite : OUI - NON

Allergie alimentaire : OUI - NON MICI : OUI - NON Psoriasis : OUI - NON

Autres :

Utilisation récente ou en cours de corticoïdes inhalés : OUI - NON

Autres traitements en cours ou régulièrement utilisés (pour une autre raison que la dermatose) :

ATCD FAMILIAUX (père, mère, fratrie)

DA : OUI - NON Asthme : OUI - NON Rhinoconjonctivite : OUI - NON
Allergie alimentaire : OUI - NON MICI : OUI - NON Psoriasis : OUI - NON

TRAITEMENTS ESSAYES POUR L'INTERTRIGO

Topiques

TYPE	Préciser le nom si possible	Résultat

Systemiques

En cas de traitement(s) **systemique(s)** prescrit(s) specifiquement pour cette dermatose, précisez le type de traitement(s), et s'il(s) a(ont) été efficace(s) ou inefficace(s)

TYPE	Préciser le nom si possible	Résultat

PRELEVEMENTS

Des prélèvements microbiologiques ont-ils été réalisés ? : OUI - NON

Si oui, précisez la nature et les résultats :

TRAITEMENT PRESCRIT

Précisez ici la nature du traitement que vous avez (éventuellement) prescrit :

DIAGNOSTIC

A votre avis, quelle est la cause de cet intertrigo (ou quel diagnostic retenir-vous) ? *La réponse "ne sait pas" est possible* :

COMMENTAIRES LIBRES

Précisez ici toute information qui vous paraît utile :

Fiche et photos (cliniques et en lumière de Wood) à adresser à :
adrien-sanchez@hotmail.fr