**Skrócona instrukcja dla pacjenta**

**Przygotowanie do badania w kierunku grzybic powierzchniowych**

**(skóra, włosy, paznokcie)**

**Nie przyjmować leków przeciwgrzybiczych:**

* Leki doustne – 3 miesiące przed badaniem,
* Leki zastosowania miejscowego (lakiery, kremy, szampony, środki odkażające) - co najmniej 1 miesiąc przed badaniem.
* W przypadku obecności licznych zmian chorobowych, nie stosować leczenia na żadną z nich, gdyż konieczne może być pobranie materiału z kilku miejsc.

**Podejrzenie grzybicy paznokci:**

* Nie stosować lakierów i zmywaczy do paznokci – 3-4 tygodni przed badaniem,
* Nie obcinać paznokci – 1 tydzień przed badaniem.

**Podejrzenie grzybicy skóry:**

* Co najmniej dobę przed badaniem unikać kontaktu miejsc chorobowo zmienionych
ze środkami powierzchniowo czynnymi/pielęgnacyjnymi (płyn do mycia naczyń, mydła, żele pod prysznic, szampony, kosmetyki, kremy, balsamy).

***Materiał do badań pobiera wyłącznie osoba przeszkolona***

***Niedopuszczalne jest samodzielne pobranie materiału przez pacjenta***

.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.

***Ankieta***

*Informujemy, że wypełnienie poniższej ankiety jest w pełni dobrowolne, ale może
w znaczący sposób pomóc w interpretacji badań mykologicznych. Jeżeli nie chce Pan/Pani podawać odpowiedzi na którekolwiek z pytań prosimy o pozostawienie pustego miejsca.*

1. Od jak dawna obserwuje Pan/Pani zmiany chorobowe?

……………………………………………………………………………………………………….

1. Czy stosowane było leczenie przeciwgrzybicze, leki steroidowe „sterydy”?

NIE □ TAK□ jakie:……………….........................................kiedy:...................................................

1. Czy choruje Pan/Pani na choroby przewlekłe ( np. cukrzyca, łuszczyca, alergia.…)?

NIE □ TAK□ jakie……………….......................................................................................................

1. Czy w pobliżu miejsc zmienionych chorobowo były wykonywane zabiegi chirurgiczne/kosmetologiczne lub wystąpiły uszkodzenia mechaniczne?

NIE □ TAK□ jakie……………….......................................................................................................

1. Czy posiada Pan/Pani zwierzęta domowe/hodowlane?

NIE □ TAK□ jakie……………….......................................................................................................

1. Jaki zawód Pan/Pani wykonuje?..........................................................................................................
2. Czy przed wystąpieniem zmian podróżował Pan/Pani do krajów tropikalnych?

NIE □ TAK□ gdzie……………….......................................................................................................

1. Inne uwagi …………………………………………………………………………………………...

***Wyrażam zgodę / nie wyrażam******zgody\**** *na dokumentację fotograficzną zmian chorobowych. Dokumentacja będzie wykorzystywana jedynie do celów diagnostycznych.*

……….……………………………….

 (data; podpis pacjenta/pacjentki/opiekuna)

\*niepotrzebne skreślić