

Laboratoriumgeneeskunde

Formulaire de demande



Centre de référence pour Enterovirus

FORMULAIRE A RENVOYER AVEC L'ÉCHANTILLON AU CENTRE DE RÉFÉRENCE:

UZ Leuven - Dienst Laboratoriumgeneeskunde (NRC) Herestraat 49 - 3000 Leuven

Tel. 016 34 70 00 prof. dr. Marc Van Ranst

marc.vanranst@uzleuven.be

IDENTIFICATION DU LABORATOIRE QUI	* ANALYSES DEMANDÉES
ENVOIE L'ÉCHANTILLON	PCR et typage de Parechovirus:
Nom du responsable:	5797 PCR de Parechovirus (Sang)
*Nom du laboratoire:	5798 ☐ PCR de Parechovirus (LCR)
Tél: Fax:	Typage d'entérovirus
rax:	(uniquement en cas de culture ou PCR positive):
Adresse email:	5753 Typage d'entérovirus (aspirations nasopharyngés)
*Nom du médecin demandeur:	5751 Typage d'entérovirus (LBA)
+ N° INAMI:	5752 Typage d'entérovirus (voies respiratoires supérieures)
1 IV IIVAIVII.	5756 Typage d'entérovirus (LCR)
RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT	5759 Typage d'entérovirus (culture cellulaire)
RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE LATIENT	5758 Typage d'entérovirus (divers)
*Nom:	5757 Typage d'entérovirus (selles)
*Sexe: □ H □ F □ Inconnu	5755 Typage d'entérovirus (prélèvement oculaire)
*Date de naissance:	5766 ☐ PCR de Poliovirus (selles)**
* N° registre national:	** Prévenir le laboratoire – 2 échantillons de selles (intervalle
*Adresse:	minimum de 24 heures) dans les 14 jours suivant le début des
	symptômes pour chaque cas suspect de poliovirus ou de paralysie
*Code postal + localité:	flasque aigue
Nationalité:	RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ÉCHANTILLON
Séjour récent à l'étranger: □ Oui □ Non	*N° d'identification:
Si oui, pays ou région:	*Date de prélèvement: /
*INFORMATIONS OF INFORMS	*Nature: LCR
*INFORMATIONS CLINIQUES	☐ Fèces
Symptômes: Paralysie flasque aigue	☐ Sang
☐ Méningite	□ LBA
☐ Encéphalite	☐ Aspirations nasopharyngés
☐ Gastroentérite	☐ Voies respiratoires supérieures
Autre:	☐ Prélèvement cutané
INFORMATIONS ÉPIDÉMIOLOGIQUES	☐ Prélèvement oculaire
☐ Cas isolé	☐ Autre :
☐ Cluster de cas:	Condition de l'échantillon:
Nombre:	☐ Culture cellulaire
□ Age:	☐ Extrait de RNA
☐ Contexte (ex. école, hôpital)	☐ Echantillon d'origine du patient
☐ Inconnu	☐ Autre:

*Indispensable