CENTRE DE REFERENCE POUR LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES
Formulaire de demande pour DETECTION et CONFIRMATION de
MYCOPLASMA GENITALIUM

*Code du labo

FORMULAIRE A RENVOYER AVEC L'ECHANTILLON AU CENTRE DE REFERENCE

Phm. D. VAN DEN BOSSCHE

Institut de Médecine Tropicale - Laboratoire de Référence Clinique (KRL)
Kronenburgstraat 43/3 - 2000 Anvers (Belgique)
Tél : 03/247.65.52 - 03/247.64.45 / Fax : 03/247.07.89 / E-mail : dvandenbossche@itg.be

***Identification du laboratoire qui envoie l'échantillon**

Nom biologiste :
Nom du laboratoire :
Adresse :
Code postal/domicile :
Tél : Fax :
E-mail :
Nom + n° INAMI du médecin prescripteur :
.....

CADRE RESERVE AU CENTRE DE REFERENCE

Données du patient

*Nom (initiales/autre code) :
*Sexe : M F Autre Inconnu
*Date de naissance (ou âge) :
*Code postal/domicile :
*Pays de naissance :
Profession :
Nationalité :
Séjour récent à l'étranger : Oui Non
Si oui, pays ou région :

***Données cliniques et épidémiologiques**

Symptômes :
 Urétrite
 Cervicite
 PID
 Préciser :
Primo-infection : Oui Non Inconnue
Transmission probable :
 Hétérosexuelle
 Homosexuelle
 Bisexuelle
 Travailleur du sexe
 Contact avec un travailleur du sexe
 Inconnue

Renseignements concernant l'échantillon

Identification probable :
*Numéro d'identification :
* Le résultat pour Chlamydia (Ct)/Gonorrhée (Ng) est-il connu ? Oui Non
* Si oui, quel est le résultat ?
 Ct/Ng négatif Ct positif/Ng négatif
 Ct/Ng positif Ng positif/Ct négatif
*Basée sur :
 Isolation PCR
 Autre :
*Origine :
 Sécrétion urétrale / génitale / vaginale
 Anale
 Pharyngée
 Urine
 Autre :
Date du prélèvement :

Statut VIH :
 Négatif
 Négatif sur la PrEP
 Positif
 Premier diagnostic
 Inconnue

Co-infections :
 Aucune Verrues génitales
 Gonorrhoeae Herpès génital
 Chlamydia Trichomonas vaginalis
 LGV Hépatite B
 Hépatite C Ureaplasme
 Syphilis Inconnue
 Autre :

Traitement :
.....

*** A COMPLETER ABSOLUMENT**