

**SURVEILLANCE DES MALADIES INFECTIEUSES**  
**Laboratoire de Référence pour *PLASMODIUM***

**LABORATOIRE DE REFERENCE**

**Dr. M. VAN ESBROECK**

Institut de Médecine Tropicale

Laboratoire de Référence Clinique (KRL)

Kronenburgstraat 43/3 – 2000 Anvers (Belgique)

Tél. : 03/247.64.45 / Fax : 03/247.64.40 / E-mail : [mvesbroeck@itg.be](mailto:mvesbroeck@itg.be)

**A ENVOYER :**

- 1 goutte épaisse non colorée
- 2 frottis de sang non colorés
- 2,5 ml de sang EDTA

**Analyse dans le cadre de :**       **Diagnostique (urgent)**       **Référence objective (pas urgent)**

**DONNEES SUR LE LABORATOIRE**

Nom : .....

Nom du laboratoire : .....

Service : .....

Adresse : .....

.....

.....

Personne de contact pour le résultat : .....

Nom : .....

Téléphone : .....

Fax : .....

E-mail : .....

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT  
L'INFECTION**

Infection probablement attrapée en :

Pays : .....

Chimio prophylaxie :       Oui       Non

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT  
L'ECHANTILLON**

Numéro d'identification : .....

Date de prélèvement : .....

**VOS RESULTATS**

• Goutte épaisse :

Positive       Négative       Douteuse

• Espèce :

- Plasmodium falciparum*
- Plasmodium vivax*
- Plasmodium ovale*
- Plasmodium malariae*
- Pas de différenciation possible

• Stades :

- Trophozoïtes
- Schizontes
- Gamétocytes

• Parasitémie : .....

• Test antigène :

Type de test : .....

Résultat : .....

• PCR :

Type de test : .....

Résultat : .....

**DONNEES SUR LE PATIENT**

Nom : .....

Sexe :     H       F

Date de naissance : .....

Code postal/Localité : .....

**Quels résultats pouvez-vous attendre de nous :**

1. Confirmation du diagnostic de malaria.
2. Identification de l'espèce, parasitémie et stades.
3. Test antigène.
4. PCR (si microscopie positive et / ou test Ag positive ou pour confirmer votre résultat PCR).