

**Maladies virales**  
**Centre national de référence de la rage**

Rue Juliette Wytsman 14  
1050 Bruxelles

Sanne Terryn

Tél. 02/642.51.11  
E-Mail: [rage@sciensano.be](mailto:rage@sciensano.be)

REFERENCE DU CENTRE

RA ..... / .....

DATE DE RECEPTION

IDENTIFICATION DU LABORATOIRE DEMANDEUR

Nom : .....

Adresse : .....

.....

Tél./Fax : .....

E-mail : .....

**RAGE**

DONNEES CONCERNANT LE PATIENT (OBLIGATOIRE)

Votre numéro de référence: .....

Nom du patient : .....

Type d'échantillon : .....

Sexe :  M  V

Date du prélèvement : .....

Date de naissance : .....

Remarques : .....

Nationalité: .....

.....

Code postal: .....

.....

CONTROLE D'IMMUNITÉ ANTIRABIQUE  
DOSAGE DES ANTICORPS ANTIRABIQES PAR LE TEST DE SÉRONEUTRALISATION (RFFIT)

Vaccination **préventive** (à charge du patient, facturé au laboratoire demandeur)

Vaccination **curative** (à charge du CNR)

Dates de vaccination: -.....

Date de l'exposition:.....

Animal:.....

-.....

Lieu de l'exposition:.....

-.....

Dates de traitement:

Profession/activité/voyage à risque (biffer la mention inutile): .....

Vaccinations: -.....

-.....

-.....

-.....

-.....

Gammaglobulines antira-

biques:.....

DIAGNOSTIC DE LA RAGE

**Données concernant le patient**

**Données concernant l'échantillon**

Séjour récent à l'étranger

Tissu nerveux (post-mortem) (Immunofluorescence directe et PCR Lyssavirus\*)

Pays ou région : .....

LCR (PCR Lyssavirus \*)

Vaccination antirabique préventive:

Biopsie cutanée (cuir chevelu) (PCR Lyssavirus\*)

Dates : .....

Vaccination antirabique curative

Salive (PCR Lyssavirus\*)

Dates:.....

Traitement avec immunoglobulines

Urine (PCR Lyssavirus\*)

Date : .....

Contact avec animal: morsure, griffure, léchage

Sérums couplés (j1 – j7) (Séroneutralisation)

Espèce animale : .....

Lieu de contact : .....

Transplantation d'organe/tissu

Symptômes neurologiques

Décès

\* En cas de résultat positif, un génotypage sera effectué.