

CENTRE DE RÉFÉRENCE POUR *BORDETELLA PERTUSSIS*

DEMANDE CONFIRMATION ANALYSE MOLÉCULAIRE, CULTURE ET TYPAGE DES SOUCHES:



Prière d'envoyer ce formulaire accompagné d'un échantillon respiratoire ou une souche à:

Pr Dr D. De Geyter

Tel.: 02/477.50.01 (résultats 02/477.50.30)

UZ Brussel—Microbiologie en Ziekenhuishygiëne

E-mail: labomicro@uzbrussel.be

Laarbeeklaan 101, 1090 Jette

LABORATOIRE DEMANDEUR:

Nom du responsable:

Nom du laboratoire/service:

Adresse:

.....

Tel.: Fax:

E-mail:

Nom + prénom du médecin prescripteur:

Cachet du médecin prescripteur:

RENSEIGNEMENTS PATIENT:

Votre n° de référence:

Nom:

Sexe: H F autre/inconnu

Date de naissance:

Code postal/localité:

Nationalité:

N° du registre national:

Séjour récent à l'étranger: oui non inconnu

Si oui, veuillez préciser (pays/région):

HISTORIQUE DE VACCINATION:

Le patient a-t-il été vacciné?

oui non inconnu

Si oui:

Combien de doses a-t-il reçu?

Date de la dernière dose:

HISTORIQUE DE VACCINATION: ENFANT < 12 MOIS

La mère a-t-elle été vaccinée pendant sa grossesse?

oui non inconnu

Date:

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:

Date de début des symptômes:

Toux? oui non inconnu

Si oui, durée de la toux:

Toux accompagnée de:

Quintes de toux paroxysmale: oui non

Inspiration sifflante ("whooping"): oui non

Vomissements après la toux: oui non

Episodes d'apnée chez un nourrisson: oui non

Si oui, donnez de détails:

Autres symptômes:

Contact récent avec un cas confirmé? oui non

Si oui, donnez la référence du cas confirmé:

Le patient a-t-il déjà fait la coqueluche? oui non

Si oui, quand?

Le patient a-t-il été hospitalisé? oui non

Issue: décédé (date du décès:))

encore malade guéri inconnu

Remplir OBLIGATOIRE. Le CNR ne peut effectuer l'analyse que s'il s'agit d'un test positif dans votre laboratoire. Dans les autres cas, veuillez-vous adresser à un laboratoire de routine.

CONFIRMATION ÉCHANTILLON RESPIRATOIRE: (pour PCR et culture, seulement pour confirmation de détection positive)

N° d'identification:

Date de prélèvement:

Type d'échantillon: aspiration naso-pharyngée

lavage/rinçage naso-pharyngé

frottis naso-pharyngée

lavage broncho-alvéolaire

aspiration bronchiale

autre (précisez:))

Votre résultat:

Positif avec kit commercial

Précisez le nom du kit:

Positif avec test in-house

Précisez le gène ciblé:

CONFIRMATION SOUCHE:

N° d'identification:

Nature de l'échantillon:

Date d'isolation: