

FORMULAIRE A RENVoyer AVEC L'ÉCHANTILLON OU LA SOUCHE AU CENTRE DE RÉFÉRENCE :**UZ Leuven – Laboratoriumgeneeskunde Microbiologie (NRC)**

Herestraat, 49 – 3000 Leuven

Tel.: 016 34.79.02 / Fax: 016 34.79.31

prof. apr. Stefanie DesmetE-mail : stefanie.desmet@uzleuven.be**Identification du laboratoire qui envoie l'échantillon / la souche**

Nom du responsable:

*Nom du laboratoire:

Tél: Fax:

Adresse email:

*Nom du médecin demandeur:

+ N° INAMI:

Code du labo**Analyse demandée***5951 Typage capsulaire et test de sensibilité5865 Pneumocoques PCR (LCR)5866 Pneumocoques PCR (liquide pleurale)5864 Pneumocoques PCR (liquide divers)**Renseignements concernant le patient**

*Nom:

*Sexe: H F Inconnu

*Date de naissance:

* N° registre national:

*Adresse:

*Code postal + localité:

Profession:

Renseignements hospitaliers

Le patient est-il:

 En ambulatoire Hospitalisation: Soins intensifs pédiatriques Soins intensifs Pédiatrie Oncologie/hématologie Médecine interne (incl. pneumologie en gériatrie) Urgences Chirurgie Gynécologie/obstétrique Autre: Inconnu**Renseignements concernant l'échantillon / la souche***

N° d'identification:

Date de prélèvement: / /

Nature ⁽¹⁾ (seulement invasive): Sang LCR Liquide pleurale Liquide divers: Autre:⁽¹⁾ si détection dans le sang **et** le LCR, veuillez indiquer les deux.Diagnostic clinique: Méningite Bactériémie avec pneumonie Bactériémie Empyème Arthrite Inconnu Autre:**Vaccination*****Le patient a-t-il été vacciné?** Non Oui: 10-valent 13-valent 15-valent 20-valent 23-valent 1^{ère} dose – Date: / / 2^{ème} dose – Date: / / 3^{ème} dose – Date: / / 4^{ème} dose – Date: / / Inconnu**Renseignements complémentaires**

Le patient est-il décédé durant les 3 jours après la prise de l'échantillon positif ?

 Oui Non Inconnu***Indispensable**