

RUBEOLE

!! À partir de 2019, l'OMS a accordé à Belgique le statut de pays « **éliminé de la rubéole** ». Consulter les recommandations de **dépistage de la rubéole pour les femmes enceintes** sur le site <https://www.sciensano.be/fr/nrc-nrl/centre-national-de-referance-cnr-pour-la-rougeole-les-oreillons-et-la-rubeole>

Identification du laboratoire demandeur

Nom du laboratoire : ..... CP, Localité : .....  
Nom du responsable : ..... Tél : .....  
Adresse : ..... E-mail : .....

Données du médecin demandeur

Nom : ..... Tél : .....  
Numéro INAMI : ..... E-mail : .....

Renseignements sur l'échantillon et le patient (**obligatoire**)

Votre numéro de référence : ..... Nom du patient : .....  
Date de prélèvement (JJ-MM-AAAA) : ..... Numéro de registre national : .....  
Type de prélèvement :  Sérum Sexe :  M  F  
 Swab nasopharyngéal (e-Swab) Date de naissance (JJ-MM-AAAA) : .....  
 Autre type de prélèvement : ..... Nationalité : .....  
Hospitalisation :  Oui  Non  Inconnu Code postal : .....

Données médicales (**obligatoire**)

Nombre de doses du vaccin ROR :  0  1  ≥2  Inconnu Date de la dernière dose (JJ-MM-AAAA) : .....  
Femme enceinte :  Oui  Non  Inconnu Stade de la grossesse (semaines) : .....  
Début de la fièvre (JJ-MM-AAAA) : ..... Début de l'éruption (JJ-MM-AAAA) : .....  
Erythème :  Oui  Non  Inconnu - Si oui, type:  Maculopapulaire  Vésiculaire  Autre : .....  
Lymphadénopathie :  Oui  Non  Inconnu - Si oui, où : .....  
Arthralgie/artritis :  Oui  Non  Inconnu - Si oui, où : .....  
Conjunctivitis :  Oui  Non  Inconnu Contact avec un cas Rubéolle :  Oui  Non  Inconnu  
Autres symptômes : .....  
Séjour à l'étranger (de 14 à 21 jours avant symptômes) :  Oui  Non  Inconnu Destination : .....

Tests demandés

PCR Rubéole (naso)  Rubéole ELISA IgG avidité (sérum)  
automatiquement si l'IgM est positif  
 Rubéole ELISA IgM confirmation (sérum)  
 Rubéole ELISA IgG confirmation (sérum)  Rubéole Western-blot IgG-E2 Ag (sérum)  
automatiquement si l'IgM est positif

Résultats du laboratoire demandeur (**obligatoire**)

Rubéole IgM Type de test : ..... Cut-Off : ..... Résultat : .....  
 Rubéole IgG Type de test : ..... Cut-Off : ..... Résultat : .....