

SERVICE DES PATHOGENES ALIMENTAIRES
ENTEROTOXINES STAPHYLOCOCCUS ET TOXINES BACILLUS CEREUS

DATE DE RECEPTION

Identification du laboratoire qui envoie l'échantillon

Nom du responsable :
 Nom du laboratoire :
 Adresse :
 Code postal/Localité :
 Tél. : Fax :
 E-mail :
 Médecin prescripteur :
 N° INAMI du prescripteur :
 Tél. :

Formulaire de demande avec échantillon à envoyer à :

SCIENSANO - SERVICE DES PATHOGÈNES ALIMENTAIRES
RUE JULIETTE WYTSMAN 14 1050 BRUXELLES | BELGIQUE

Prestataires Biologistes : Tel. **02/642.51.11**

Dr. A. Vodolazkaia (1-99372-60-860)
 Dr. M. Mukovnikova (1-98182-86-860)

Contact: Tel. **02/642.51.83**

foodmicro@sciensano.be
 www.Sciensano.be

fax. : +32(0)2.642. 50 01

Renseignements concernant le patient

Nom et prénom :
 Date de naissance :
 Sexe : ☐ M ☐ V
 Nationalité :
 Adresse :
 Code Postal + Localité :

Données Cliniques

☐ Diarrhée ☐ Nausée
☐ Mal au ventre ☐ Vomissements
☐ Fièvre ☐ Autres :

Tests Demandés

☐ Détection d'entérotoxines de Staphylococcus (A, B, C, D) par test d'agglutination passive inversée au latex*
☐ Détection de gènes d'entérotoxines de Bacillus cereus par PCR*
☐ Détection du gène de cereulide de Bacillus cereus par PCR*

* : effectuée sur souche isolée

Renseignements concernant l'échantillon

Votre numéro de référence :
 Date de prélèvement :
 Type d'échantillon : ☐ Selles ☐ Souche bactérienne
 Remarques :

Coordonnées de Facturation

Nom et prénom :
 Adresse :
 Code Postal + Localité :

*** à compléter absolument**