

CENTRE DE RÉFÉRENCE POUR MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

Formulaire de demande pour le DÉTECTION/ GÉNOTYPAGE de MPXV

FORMULAIRE A RENVoyer AVEC L'ÉCHANTILLON AU CENTRE DE RÉFÉRENCE

Phm. D. VAN DEN BOSSCHE

Institut de Médecine Tropicale – Laboratoire de Référence Clinique (KRL)

Kronenburgstraat 43/3 - 2000 Anvers (Belgique)

Tél : 03/247.64.45 / Fax : 03/247.07.89 / E-mail : krl-admin@itg.be

IDENTIFICATION DU LABORATOIRE QUI ENVOIE L'ÉCHANTILLON

Nom du responsable :

Nom du laboratoire :

Tél : Fax :

Adresse e-mail :

Médecin prescripteur+ n° INAMI :

.....

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT

Nom :

Sexe : H F

Date de naissance :

N° registre national :

Rue + n :

Code postal/Localité :

Nationalité :

Statut vaccinal variole : Oui Non

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ÉCHANTILLON

Date de prélèvement :

Frottis des lésions en fonction du tableau clinique :

Peau: location :

Anal

Oral

Génital

Frottis anorectal (si HSH)

Autres prélèvements/ frottis en fonction du tableau clinique :

Salive

Frottis de gorge

Urine

Autre :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Hospitalisation : Oui Non

Date de début des **symptômes généraux** :

Fièvre : Oui Non

Céphalée : Oui Non

Myalgie : Oui Non

Fatigue : Oui Non

Lymphadénopathie : Oui Non

Autres, si oui, lesquels :

Lésions cutanées : Oui Non

Date de début des **lésions cutanées** :

Localisation de la lésion : Mains Pieds

Zone génitale

Autre :

Complications : Oui Non

Si oui, lesquelles :

Critères supplémentaires définition de cas :

Contact avec un cas confirmé : Oui Non

Lien avec événement/comportement (à risque) : Oui Non

Si oui, spécifier :

Voyage dans un des pays où le MPXV circule : Oui Non

Si oui, spécifier le pays :

Envoyer les échantillons réfrigérés si conservés à +4°C. Si congelé, envoyer sur de la neige carbonique.