Maladies Virales
CENTRE NATIONAL DE REFERENCE
DE LA ROUGEOLE, DES OREILLONS
ET DE LA RUBEOLE

sciensano

Rue Juliette Wytsman 14, 1050 Bruxelles
Tél. 02/642.51.11
Fax. 02/373.32.86
virologie@Sciensano.be

RUBEOLE

/!\ Depuis 2019, la Belgique a reçu le statut "Rubéole éliminée" de l'OMS. Veuillez vérifier les recommandations sur le dépistage de la Rubéole sur https://www.sciensano.be/fr/nrc-nrl/centre-national-de-reference-cnr-pour-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 : .....
Remarques : ..... Code postal : .....

Données médicales (obligatoire)

Nombre de doses du vaccin ROR : ❑ 0 ❑ 1 ❑ ≥2 ❑ Inconnu Date de la dernière dose (JJ-MM-AAAA) : .....
Début de la fièvre (JJ-MM-AAAA) : ..... Début de l'éruption (JJ-MM-AAAA) : .....
Femme enceinte : ❑ Oui ❑ Non ❑ Inconnu Stade de la grossesse (semaines) : .....
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) ❑ Western Blot: détection IgG contre E2-Ag (sérum)
❑ Rubéole ELISA IgM confirmation (sérum) ❑ Rubéole ELISA avidité IgG (sérum)
❑ Rubéole ELISA IgG confirmation (sérum)

Résultats du laboratoire demandeur (obligatoire)

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