

**CENTRE NATIONAL DE REFERENCE POUR LES INFECTIONS CONGENITALES :
TOXOPLASMA GONDII, RUBEOLE, CYTOMEGALOVIRUS ET PARVOVIRUS B19**

**PRIERE D'ENVOYER CE FORMULAIRE AVEC L'ECHANTILLON A L'UN DES TROIS
LABORATOIRES**

Prof. Dr. M-L Delforge H.U.B. - Hôpital Erasme <input type="checkbox"/> LRS/CNR Inf. Congénitales, route 480 Route de Lennik 808 1070 Bruxelles Tel.: 02/555.66.81 E-mail: LRS.erasme@hubruxelles.be	Prof. D. De Geyter UZ Brussel <input type="checkbox"/> Microbiologie en Ziekenhuishygiëne Laarbeeklaan 101 1090 Jette Tel.: 02/477.50.00 E-mail: labomicro@uzbrussel.be	Prof. Dr. E. Padalko UZ Gent <input type="checkbox"/> Laboratorium Klinische Biologie C. Heymanslaan 10, ingang 22, route 300 9000 Gent Tel.: 09/332.34.34 E-mail: labo.resultaten@uzgent.be
---	--	---

PATHOGENES RECHERCHES PAR LABORATOIRE :

H.U.B. - Hôpital Erasme	UZ Brussel	UZ Gent
Confirmation de sérologie : <input type="checkbox"/> CMV <input type="checkbox"/> B19 <input type="checkbox"/> Rubéole <input type="checkbox"/> Toxoplasma PCR : <input type="checkbox"/> CMV <input type="checkbox"/> B19 <input type="checkbox"/> Rubéole <input type="checkbox"/> Toxoplasma	Confirmation de sérologie : <input type="checkbox"/> CMV <input type="checkbox"/> Rubéole <input type="checkbox"/> Toxoplasma Culture cellulaire : <input type="checkbox"/> CMV (INAMI) PCR : <input type="checkbox"/> CMV <input type="checkbox"/> Toxoplasma (INAMI)	Confirmation de sérologie : <input type="checkbox"/> CMV <input type="checkbox"/> B19 <input type="checkbox"/> Rubéole <input type="checkbox"/> Toxoplasma PCR : <input type="checkbox"/> CMV

***DONNEES CONCERNANT LE LABORATOIRE QUI ENVOIE L'ECHANTILLON :**

Nom du responsable:

Nom du laboratoire:

Service:

Adresse:

E-mail:

Tel: Fax:

***DONNEES DU PATIENT**

(Ecrire en lettres capitales ou joindre une demande électronique)

Nom:

Prénom:

Date de Naissance:

Adresse:

NISS :

Si nouveau-né ou enfant, nom de la mère :

***DONNEES CONCERNANT L'ECHANTILLON**

Numéro d'identification:

Date de prélèvement:

Type d'échantillon:

<input type="checkbox"/> Liquide Amniotique	<input type="checkbox"/> Sang Foetal
<input type="checkbox"/> Sang EDTA	<input type="checkbox"/> Sang Cordon
<input type="checkbox"/> Sérum	<input type="checkbox"/> Urine enfant
<input type="checkbox"/> Placenta	<input type="checkbox"/> Carte Guthrie**
<input type="checkbox"/> LCR	<input type="checkbox"/> Salive/écouvillonnage buccal enfant
<input type="checkbox"/> Autre:.....	

Analyse demandée pour cause de :

Séroconversion femme enceinte

IgM positives sur premier échantillon de sérum femme enceinte

Développement foetal anormal

Follow-up nouveau-né

RESERVE AU CENTRE DE REFERENCE

***DONNEES CLINIQUES**

Date du début de la grossesse :

Résultats sérologiques obtenus (à fournir obligatoirement) :

Date	Durée de la grossesse	IgG	IgM	Autres

Renseignements cliniques:

Traitement:

Résultat échographie:

Normal Anormal

Hydrops foetalis

Hydrocéphalie

Microcéphalie

Calcifications intracrâniennes

Hyperdensité abdominale

Effusion pleurale/péricardique

Oligo/hydramnios

Retard de croissance intra-utérin

Autre:

Résultats sérologie:

Parvovirus B19	<input type="checkbox"/> immunisé	<input type="checkbox"/> non-immunisé
<i>T. gondii</i>	<input type="checkbox"/> immunisé	<input type="checkbox"/> non-immunisé
Rubéole	<input type="checkbox"/> immunisé	<input type="checkbox"/> non-immunisé
CMV	<input type="checkbox"/> immunisé	<input type="checkbox"/> non-immunisé

REMARQUES

***Champs obligatoires**

****Carte Guthrie : Veuillez envoyer 2 spots, après consentement parental (ou si la carte n'est pas disponible, indiquez le lieu de naissance de l'enfant). L'Hôpital Erasme n'effectue pas de tests sur cartes Guthrie.**