

**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
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
Microbiologie en Ziekenhuishygiëne
Laarbeeklaan 101
1090 Jette
Tel.: 02/477.50.00
E-mail: labomicro@uzbrussel.be

Prof. Dr. E. Padalko
UZ Gent
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:
 Liquide Amniotique Sang Foetal
 Sang EDTA Sang Cordon
 Sérum Urine enfant
 Placenta Carte Guthrie**
 LCR Salive/écouvillonnage buccal enfant
 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 immunisé non-immunisé
T. gondii immunisé non-immunisé
 Rubéole immunisé non-immunisé
 CMV immunisé 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.**