

**CENTRE DE RÉFÉRENCE POUR LES MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES**  
**Formulaire de demande pour SYPHILIS**  
**(Syphilis congénitale, Neurosyphilis, Ulcère syphilitique )**

\*Code du labo

**FORMULAIRE A RENVOYER AVEC L'ECHANTILLON 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 : 03/247.65.52 - 03/247.64.45 / Fax : 03/247.07.89 / E-mail : [dvandenbossche@itg.be](mailto:dvandenbossche@itg.be)

**\*Identification du laboratoire qui envoie l'échantillon**

Nom biologiste : .....

Nom du laboratoire : .....

Adresse : .....

Code postal/domicile : .....

Tél : ..... Fax : .....

E-mail : .....

Nom + n° de RIZIV du médecin prescripteur : .....

.....

**Renseignements concernant le patient**

\*Nom (initiales/autre code) : .....

\*Sexe :  H  F  Autre  Inconnu

\*Date de naissance (ou âge) : .....

\*Code postal/domicile : .....

\*Pays de naissance : .....

Profession : .....

Nationalité : .....

Séjour récent à l'étranger :  Oui  Non

Si oui, pays ou région : .....

**Renseignements concernant l'échantillon**

Diagnostic probable : .....

\*Numéro d'identification : .....

\*Basé sur :

Sérologie non tréponémique

Sérologie tréponémique

EIA/ELISA

TPPA/TPHA

Microscopie à fond noir

Microscopie fluorescente

PCR

Autre : .....

\*Nature :

Sérum/plasma

Ulcère (spécifier l'endroit) : .....

Liquide céphalo-rachidien

Autre : .....

\*Date du prélèvement : .....

**Analyses demandées**

PCR en temps réel **sur prélèvement d'ulcère**

Détection d'IgM sur sérum (syphilis congénitale)

TPPA/RPR liquide céphalo-rachidien (neurosyphilis)

**Cadre réservé au centre de référence**

**\*Informations cliniques et épidémiologiques**

Symptômes :

Asymptomatique

Ulcères

Eruption maculo-papuleuse

Perte des cheveux

Lymphadénopathie

Condylomes fins

Symptômes neurologiques

Inconnu

Autre : .....

Stade suspecté :  I  II  Congénital

Latent

Latent précoce

Latent tardif

Primo-infection :  Oui  Non  Inconnu

Transmission probable :

Hétérosexuelle

Homosexuelle

Bisexuelle

Transmission mère-enfant

Travailleur du sexe

Contact avec un travailleur du sexe

Inconnu

Status VIH :

Négatif

Positif

Nouveau diagnostic

Inconnu

Usage de la PrEP<sup>1</sup> (<12 mois) :

Oui

Non

Inconnu

Co-infections :

Aucune

Verrues génitales

Gonorrhée

Herpès génital

Chlamydia

Trichomonas vaginalis

LGV

Hépatite B

Hépatite C

Ureaplasma

Mycoplasma genitalium

Inconnu

Autre : .....

**\* A COMPLETER ABSOLUMENT**

<sup>1</sup> Prophylaxie Pré-Exposition de VIH