

CENTRE DE RÉFÉRENCE POUR MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES
Formulaire de demande pour le GÉNOTYPAGE de *CHLAMYDIA TRACHOMATIS*
pour la DÉTECTION du LYMPHOGRANULOMATOSE VÉNÉRIENNE (LGV)

*Code du labo

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 : 03/247.65.52 - 03/247.64.45 / Fax : 03/247.07.89 / E-mail : dvandenbossche@itg.be

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

Nom biologiste:

Nom du laboratoire:

Adresse:

Code postal/domicile:

Tél: Fax:

Email:

Nom + n° de RIZIV du médecin prescripteur:

.....

Cadre réservé au centre de référence

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

Identification probable:

*Numéro d'identification:

*Basée sur:

- Isolation
 PCR
 Détection de l'antigène (ELISA)
 Autre:

*Nature:

- Sécrétion anale
 Ulcération génitale
 Sécrétions génitales
 Aspiration inguinale
 Biopsie:

- Autre:

Inconnue

*Date du prélèvement:

***Informations cliniques et épidémiologiques**

Symptômes:

- Asymptomatique
 Urétrite
 Epididymite
 Cervicite
 Proctite
 Ulcère génital
 Lymphadenopathie inguinal
 Inconnu
 Autre :

Transmission probable:

- Hétérosexuelle
 Homosexuelle
 Bisexuelle
 Travailleur du sexe
 Contact avec un travailleur du sexe
 Inconnu

Status VIH:

- Négatif
 Positif
 Premier diagnostic
 Inconnu

Usage de la PrEP¹ (<12 mois) :

- Oui
 Non
 Inconnu

Co-infections:

- Aucune
 Gonorrhée
 Non-LGV Chlamydia
 Hépatite B
 Herpès génital
 Syphilis
 Autre:

- Trichomonas vaginalis
 Mycoplasma genitalium
 Hépatite C

Inconnu

*** A COMPLETER ABSOLUMENT**

¹ Prophylaxie Pré-Exposition de VIH