

**CENTRE DE REFERENCE POUR LES
INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES
Formulaire de demande pour *NEISSERIA GONORRHOEAE***

*Code du labo

FORMULAIRE A RENVOYER AVEC L'ECHANTILLON AU CENTRE DE REFERENCE

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 la souche**

Nom biologiste :

Nom du laboratoire :

Adresse :

Code postal/domicile :

Tél : Fax :

E-mail :

Nom + n° INAMI du médecin prescripteur :

.....

Cadre réservé au centre de référence

Données du patient

*Nom (initiales/autre code) :

*Sexe : M F Autre Inconnu

*Date de naissance (ou âge) :

*Code postal/domicile :

*Pays de naissance :

Nationalité :

Séjour récent à l'étranger : Oui Non

Si oui, pays ou région :

***Données cliniques et épidémiologiques**

Symptômes :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Asymptomatique | <input type="checkbox"/> Arthrite |
| <input type="checkbox"/> Urétrite | <input type="checkbox"/> Epididymite |
| <input type="checkbox"/> Cervicite | <input type="checkbox"/> Salpingite aiguë |
| <input type="checkbox"/> Proctite | <input type="checkbox"/> PID |
| <input type="checkbox"/> Pharyngite | <input type="checkbox"/> Conjonctivite |
| <input type="checkbox"/> Inconnu | <input type="checkbox"/> Autre: |

Primo-infection : Oui Non Inconnu

Transmission probable :

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

Statut VIH :

- Négatif
- Positif
- Premier diagnostic
- Inconnu

Usage de la PrEP¹ (<12 mois) :

- Oui
- Non
- Inconnu

Co-infections :

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Aucune | <input type="checkbox"/> Verrues génitales |
| <input type="checkbox"/> Chlamydia | <input type="checkbox"/> Herpès génital |
| <input type="checkbox"/> LGV | <input type="checkbox"/> Hépatite B |
| <input type="checkbox"/> Hépatite C | <input type="checkbox"/> Mycoplasma genitalium |
| <input type="checkbox"/> Syphilis | <input type="checkbox"/> Ureaplasme |
| <input type="checkbox"/> Inconnu | |
| <input type="checkbox"/> Autre: | |

Traitement :

Résistance :

Renseignements sur la souche

Identification probable :

*Numéro d'identification :

*Basée sur :

- Recherche microscopique
- Culture et identification biochimique
- PCR
- Maldi-Tof
- Autre:

*Origine :

- Sécrétion urétrale / génitale / vaginale
- Anale
- Pharyngée
- Sang
- Liquide céphalo-rachidien
- Liquide synovial - lachation :
- Pus :
- Autre :

Date de l'isolement :

*** A COMPLETER ABSOLUMENT**

¹ Prophylaxie Pré-Exposition de VIH