

FORMULAIRE A RENVoyer AVEC L'ÉCHANTILLON AU CENTRE DE RÉFÉRENCE:

UZ Leuven - Dienst Laboratoriumgeneeskunde (NRC)

Herestraat 49 - 3000 Leuven

Tel. 016 34 70 00

prof. dr. Marc Van Ranst
marc.vanranst@uzleuven.be
IDENTIFICATION DU LABORATOIRE QUI ENVOIE L'ÉCHANTILLON

Nom du responsable:

*Nom du laboratoire:

Tél: Fax:

Adresse email:

*Nom du médecin demandeur:

+ N° INAMI:

*** ANALYSES DEMANDÉES**

Culture d'entérovirus:

 5747 Culture d'entérovirus (divers)

 5642 Culture d'entérovirus (selles)

 5723 Culture d'entérovirus (prélèvement cutané)

 5662 Culture d'entérovirus (prélèvement oculaire)

PCR de Parechovirus:

 5797 PCR de Parechovirus (Sang)

 5798 PCR de Parechovirus (LCR)

Typage d'entérovirus

(uniquement en cas de culture PCR positive):

 5753 Typage d'entérovirus (aspirations nasopharyngés)

 5751 Typage d'entérovirus (LBA)

 5752 Typage d'entérovirus (voies respiratoires supérieures)

 5756 Typage d'entérovirus (LCR)

 5759 Typage d'entérovirus (culture cellulaire)

 5758 Typage d'entérovirus (divers)

 5757 Typage d'entérovirus (selles)

 5755 Typage d'entérovirus (prélèvement oculaire)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT

*Nom:

 *Sexe: H F Inconnu

*Date de naissance:

* N° registre national:

*Adresse:

*Code postal + localité:

Nationalité:

 Séjour récent à l'étranger: Oui Non

Si oui, pays ou région:

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ÉCHANTILLON

*N° d'identification:

*Date de prélèvement: / /

 *Nature: LCR

 Fèces

 Sang

 LBA

 Aspirations nasopharyngés

 Voies respiratoires supérieures

 Prélèvement cutané

 Prélèvement oculaire

 Autre :

Condition de l'échantillon:

 Culture cellulaire

 Extrait de RNA

 Echantillon d'origine du patient

 Autre :

***INFORMATIONS CLINIQUES**

 Symptômes: Paralysie flasque aiguë

 Méningite

 Encéphalite

 Gastroentérite

 Autre :

INFORMATIONS ÉPIDÉMIOLOGIQUES
 Cas isolé

 Cluster de cas:

 Nombre:

 Age:

 Contexte (ex. école, hôpital...).....

 Inconnu

***Indispensable**