

CENTRE DE RÉFÉRENCE POUR CORYNEBACTERIUM DIPHTHERIAE ET AUTRES CORYNÉBACTÉRIES TOXINOGENES

ANALYSES DEMANDÉES

☐ Culture & PCR <i>C. diphtheriae</i> e.a. corynebactéries ☐ Confirmation de l'identification d'une souche et typage <i>Prière d'envoyer ce formulaire accompagné de l'échantillon à:</i> Prof. Dr. D. De Geyter UZ Brussel – Microbiologie en Ziekenhuishygiëne Laarbeeklaan 101, 1090 Jette Tel.: 02/477.50.01 E-mail: labomicro@uzbrussel.be	☐ Demande de sérologie (anti-DT IgG)* <i>Prière d'envoyer ce formulaire accompagné d'un sérum à:</i> Dr. I. Desombere SCIENSANO – Dispatching + Service Immunologie Rue Juliette Wytsman 14, 1050 Bruxelles Tel.: 02/373.33.76 ou 02/373.32.94 Fax: 02/373.33.67 E-mail: caroline.rodeghiero@sciensano.be
---	--



RÉSERVÉ AU CENTRE DE RÉFÉRENCE

RÉFÉRENCE DU CENTRE

DATE DE RÉCEPTION

..... / /

..... / /

LABORATOIRE DEMANDEUR: Nom du responsable: Nom du laboratoire/service: Adresse: Tel.: Fax: E-mail:	MÉDECIN DEMANDEUR: Nom: N° INAMI: Adresse: Tel.: *FACTURATION À: (nom et adresse)
--	--

RENSEIGNEMENTS PATIENT: Votre n° de référence: Nom: Sexe: ☐ H ☐ F ☐ autre/inconnu Date de naissance/âge: Code postal/localité: Nationalité: N° du registre national: Séjour récent à l'étranger: ☐ oui ☐ non <i>Si oui, veuillez préciser (pays, dates):</i> Contact récent avec des personnes qui ont voyagé à l'étranger: ☐ oui ☐ non <i>Si oui, veuillez préciser (pays, dates):</i> Contact avec des animaux/du lait cru: ☐ oui ☐ non <i>Si oui, veuillez préciser (espèces, contexte (ex. ferme),...):</i>	INFORMATIONS CLINIQUES: Date de début des symptômes: Symptômes: Infection des voies respiratoires avec fièvre: ☐ oui ☐ non Croup (stridor): ☐ oui ☐ non Pseudomembrane (membrane adhérente) au niveau des amygdales, du pharynx ou du nez: ☐ oui ☐ non Écoulement nasal uni- ou bilatéral (initialement clair, puis sanglant): ☐ oui ☐ non Lésions cutanées: ☐ oui ☐ non <i>Si oui, veuillez préciser:</i> Lésions des conjonctives ou autres muqueuses: ☐ oui ☐ non <i>Si oui, veuillez préciser:</i> Signes et symptômes typiques associées à la diphtérie: ☐ oui ☐ non Complications associées à la diphtérie: ☐ oui ☐ non Évolution clinique: Le patient a-t-il été hospitalisé: ☐ oui ☐ non Issue: ☐ inconnu ☐ guéri ☐ encore malade ☐ décédé (date:)
RENSEIGNEMENTS ÉCHANTILLON: Frottis: ☐ nasopharynx ☐ gorge ☐ autre N° d'identification: Date de prélèvement: Souche: (☐ isolat humain ☐ isolat animal) N° d'identification: Date d'isolation: Isolée de: Sérum: N° d'identification: Date de prélèvement:	ÉTAT DE VACCINATION: DATE DE LA DERNIÈRE VACCINATION:
INFORMATIONS ÉPIDÉMIOLOGIQUES: Y a-t-il un lien avec d'autres cas? ☐ oui ☐ non Si oui, veuillez préciser:	
AUTRES INFORMATIONS/REMARQUES:	

*Si la demande concerne un titre d'anticorps anti-DT IgG après vaccination, le coût sera à charge du patient.