

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. apr. Katrien Lagrou (katrien.lagrou@uzleuven.be)***IDENTIFICATION DU LABORATOIRE QUI
ENVOIE L'ÉCHANTILLON**

Nom du responsable :

*Nom du laboratoire :

Tél. :Fax :

Adresse Email contact:

*Nom du médecin demandeur :

+ N° INAMI :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT

*Nom:

*Sexe : ☐ H ☐ F ☐ Inconnu

*Date de naissance :

*Numéro de registre national :

*Rue + N° :

*Code postal + Localité :

Nationalité :

Séjour récent à l'étranger : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, pays ou région :

***INFORMATIONS CLINIQUES**

*Selon le type de mycose:

☐ Mycose profonde:
.....☐ Mycose sous-cutanée :
.....☐ Mycose superficielle :
.....

*Facteurs associés :

☐ Neutropénie ☐ VIH/SIDA ☐ Corticoïdes☐ Transplantation d'organe
type :☐ Diabète ☐ Traitement aux immunosuppresseurs☐ Autre:

*Indispensable

** Contact préalable avec le CNR indispensable

TESTS DEMANDES*Tests remboursés par la nomenclature INAMI:**1056 ☐ Identification de souche envoyée1055 ☐ Antifungigramme de souche envoyée
(isolé d'un endroit normalement stérile)
Identification présumée:5999 ☐ Test de β -D-glucane (sang)**Tests réalisés sur le budget du CNR:**1056 ☐ Confirmation d'identification de souche envoyée
Identification présumée:1055 ☐ Antifungigramme de souche envoyée
(pas isolé d'un endroit normalement stérile)
Identification présumée:1055 ☐ Confirmation d'antifungigramme de souche envoyée
(isolé d'un endroit normalement stérile)
Raison de la demande de confirmation:6005 ☐ Pan fongique PCR (biopsie)**5799 ☐ Pan fongique PCR (fluide corporel)**
LBA n'est pas un échantillon convenable pour PCR pan fongique
☐ Génomique (*en cas d'épidémie*)*Uniquement pour confirmation de l'immunofluorescence ou
PCR douteux :*1760 ☐ PCR *Pneumocystis jirovecii* (LBA)1520 ☐ PCR *Pneumocystis jirovecii* (aspiration bronchique
ou endotrachéale)**Tests qui seront facturés:**5734 ☐ PCR *Aspergillus* (biopsie)5733 ☐ PCR *Aspergillus* (LBA)5732 ☐ PCR *Aspergillus* (fluides divers)5805 ☐ PCR Mucorales (LBA)5807 ☐ PCR Mucorales (biopsie)5806 ☐ PCR Mucorales (sang)5808 ☐ PCR Mucorales (fluides divers)***RENSEIGNEMENTS CONCERNANT
L'ÉCHANTILLON**

*Numéro d'identification :

*Date de prélèvement :

Résultat examen microscopique direct :
.....

*Nature:

Souche: ☐ Levure ☐ Filamenteux

Isolé de :

☐ Tissu ☐ LBA ☐ Autre :

CENTRE DE RÉFÉRENCE POUR LES MYCOSES

FORMULAIRE A ENVOYER AVEC L'ÉCHANTILLON AU CENTRE DE RÉFÉRENCE

Professeur Marie-Pierre HAYETTE

Service de Microbiologie Clinique-CHU de Liège- Avenue de l'Hôpital 1, Tour 6, +2- 4000 Liège
Tél. CNR 04/323.22.98 – Secrétariat 04.323.22.90 Fax 04/3232299- Email: mpayette@chuliege.be
Rosalie Sacheli, Responsable scientifique, Email: R.Sacheli@chuliege.be

***IDENTIFICATION DU LABORATOIRE QUI ENVOIE L'ÉCHANTILLON**

*Nom du responsable :
*Nom du laboratoire :
*Adresse (ou cachet).....
Code postal + localité :
N° d'agrégation :
Tél. : Fax :
Adresse Email contact:
*Nom du médecin demandeur :
et N° INAMI :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT

*Nom (initiales/autre code) :
*Sexe : ☐ H ☐ F
*Date de naissance (ou âge) :
*Code postal/Localité :
Nationalité : Origine :
Séjour récent à l'étranger : ☐ oui/durée : ☐ non
Si oui, pays ou région :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ÉCHANTILLON

*Numéro d'identification :
Ex. microscopique direct :
Nature: ☐ Levure ☐ Filamenteux ☐ Inconnu
*Souche isolée de :
☐ Prélèvement respiratoire :
☐ Sang :
Phanères: ☐ ongle pied ☐ ongle main ☐ cheveu ☐ cuir chevelu ☐ peau *Si peau, préciser le site de prélèvement :
☐ Autre :
*Date de prélèvement :
*Identification présumée :
***Indispensable**

AUTRES INFORMATIONS

.....
.....
.....
.....

CADRE RÉSERVÉ AUX CAS DE SUSPICION DE RÉSISTANCE À LA TERBINAFINE

*Localisation de la lésion :
*Lésion étendue : ☐ Oui ☐ Non
*Patient sous traitement : ☐ Oui ☐ Non
Si oui, nom du traitement :
*Séjour récent en Inde ou environs (préciser le pays) :

INFORMATIONS CLINIQUES

*Selon le cas préciser les symptômes observés:

☐ Mycose profonde:.....
☐ Mycose sous-cutanée:.....
☐ Mycose superficielle :
Dermatophytose étendue ☐ Oui ☐ Non

*Facteurs associés :

☐ Traitement par immunosuppresseurs ☐ VIH ☐ Corticoïdes
☐ Hémopathie
☐ Transplantation ☐ d'organe ☐ de M. osseuse : date :
☐ Diabète ☐ Autre :
☐ Commentaires :

INFORMATIONS ÉPIDÉMIOLOGIQUES

Mode de transmission probable

Dermatophytes

☐ Contact avec animal (préciser lequel):.....
☐ Épidémie en milieu scolaire ☐ Transmission intrafamiliale
☐ Transmission par voie sexuelle

Commentaire :

ANALYSES DEMANDÉES

Test remboursé par la nomenclature INAMI

☐ Identification ☐ Antifongogramme (isolé d'un site normalement stérile)

Tests réalisés sur le budget CNR

☐ Confirmation de l'identification
☐ Antifongogramme (pour les dermatophytes ou confirmation de résistance pour les levures)
☐ PCR résistance à la terbinafine (Séquençage squalène epoxydase, si résistance clinique)
☐ Géotypage dermatophytes (WGS, en cas d'épidémie)

Tests qui seront facturés

☐ PCR dermatophytes (sur phanères)