

CENTRE DE RÉFÉRENCE POUR MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

Formulaire de demande pour le DÉTECTION/ GÉNOTYPAGE de MPXV

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 : 03/247.64.45 / Fax : 03/247.07.89 / E-mail : krl-admin@itg.be

IDENTIFICATION DU LABORATOIRE QUI ENVOIE L'ÉCHANTILLON

Nom du responsable :

Nom du laboratoire :

Tél : Fax :

Adresse e-mail :

Médecin prescripteur+ n° INAMI :

.....

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT

Nom :

Sexe : H F Autre Inconnue

Date de naissance :

N° registre national :

Rue + n :

Code postal/Localité :

Nationalité :

Séjour récent à l'étranger : Oui Non

Si oui, pays ou région :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ÉCHANTILLON

Numéro d'identification :

Date de prélèvement :

Frottis des lésions en fonction du tableau clinique :

Peau: location :

Anal

Oral

Génital

Autres prélèvements/ frottis en fonction du tableau clinique :

Salive

Frottis de gorge

Urine

Autre :

Indiquez s'il s'agit d'un extrait d'ADN

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Statut vaccinal variole: Oui Non

Symptômes généraux : Oui Non

Date de début des symptômes généraux :

Lésions cutanées : Oui Non

Localisation de la lésion : Mains Pieds

Zone génitale

Zone anorectale

Autre :

RENSEIGNEMENTS EPIDEMIOLOGIQUES

Transmission probable :

Sexuelle Interhumaine (non-sexuelle)

Mère-à-enfant Professionnel de santé

Inconnue

Autre :

Contact avec un cas confirmé : Oui Non

Lien avec événement/comportement (à risque) : Oui Non

Si oui, spécifier :

Orientation sexuelle :

Hétérosexuelle

Bisexuelle

Homosexuelle

Inconnue

Statut vih :

Négatif

Positif

Premier diagnostic

Inconnu

Usage de la PrEP* (<12 mois) :

Oui

Non

Inconnu

ANALYSES

Détection MPXV (suivie d'un typage de la clade si positif)

Typage de la clade mpox (indiquez votre propre résultat) :

.....