

## Demande d'analyse *Clostridium perfringens* (échantillons humains)

**Identification du laboratoire qui envoie l'échantillon**

Nom du responsable : .....

Nom du laboratoire : .....

Adresse : .....

Code postal/Localité : .....

Tél. : ..... Fax : .....

E-mail : .....

Médecin prescripteur : .....

N° INAMI du prescripteur : .....

Tél. : .....

**Cadre réservé au Centre de Référence**

**Renseignements complémentaires**

Date et heure d'apparition des symptômes :  
 .....

Nourriture consommée (24h précédentes):  
 .....

Symptômes : .....

Diarrhée liquide :  Oui  Non

Douleurs abdominales :  Oui  Non

Fièvre :  Oui  Non

Nausées :  Oui  Non

Vomissements :  Oui  Non

Test(s) de 1er diagnostic réalisé(s) :  Oui  Non

Si oui, veuillez noter ci-contre type de test et résultats obtenus :  
 .....  
 .....  
 .....

**Renseignements concernant le patient**

Nom : .....

Sexe :  M  F

N° de registre national : .....

Date de naissance : .....

Code postal/Localité : .....

**Renseignements concernant l'échantillon**

Votre numéro de référence : .....

Nature :  selles  souche

Remarque : .....

**Analyse(s) demandée(s)**

Dénombrement de *Clostridium perfringens* (sur selles)

Détection de l'entérotoxine de *C. perfringens* par test d'agglutination (sur selles)

qPCR *Clostridium perfringens* entérotoxigène

Détermination des MIC (sur souche)

\* à compléter absolument

Signature : .....