

**CENTRE NATIONAL DE REFERENCE POUR LES INFECTIONS CONGÉNITALES :
TOXOPLAMA GONDII, RUBÉOLE, CYTOMÉGALOVIRUS ET PARVOVIRUS B19**

Dr. M-L. Delforge
H.U.B.- Hôpital Erasme
LRS/CNR Inf. Congénitales
Route de Lennik, 808, 1070 Bruxelles
Tél: 02/ 555 66 81
E-mail: LRS.erasme@hubruxelles.be

**DONNEES CONCERNANT LE LABORATOIRE QUI
ENVOIE L'ECHANTILLON:**

Nom du responsable:
Nom du laboratoire:.....
Service:.....
Adresse:
Code Postal:.....
Ville:.....
Tél: Fax:

DONNEES DU PATIENT

**(Ecrire en lettres capitales ou joindre une demande
électronique)**

Nom:
Prénom :
Date de naissance:
Adresse:
.....
NISS :
Si nouveau-né ou enfant, nom de la mère:
.....

DONNEES CONCERNANT L'ECHANTILLON

Numéro d'identification :
Date de prélèvement :
Type d'échantillon :

<input type="checkbox"/> Liquide Amniotique	<input type="checkbox"/> Sang Fœtal
<input type="checkbox"/> Sang EDTA	<input type="checkbox"/> Sang Cordon
<input type="checkbox"/> Sérum	<input type="checkbox"/> Urine enfant
<input type="checkbox"/> Placenta	<input type="checkbox"/> LCR
<input type="checkbox"/> Salive/écouvillonnage buccal enfant	
<input type="checkbox"/> Autre :	

Analyse demandée pour cause de:

<input type="checkbox"/> Séroconversion femme enceinte
<input type="checkbox"/> IgM positives sur premier échantillon de sérum femme enceinte
<input type="checkbox"/> Développement fœtal anormal
<input type="checkbox"/> Follow-up nouveau-né

RESERVE AU CENTRE DE REFERENCE

DONNEES CLINIQUES

Date du début de la grossesse:

Résultats sérologiques obtenus (à fournir obligatoirement) :

Date	Durée de grossesse	IgG	IgM	Autres

Renseignements cliniques :

Traitement :

Résultat échographie :

- | | |
|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Anormal |
| | <input type="checkbox"/> Hydrops fœtal |
| | <input type="checkbox"/> Hydrocéphalie |
| | <input type="checkbox"/> Microcéphalie |
| | <input type="checkbox"/> Calcifications intracrâniennes |
| | <input type="checkbox"/> Hyperdensité abdominale |
| | <input type="checkbox"/> Effusion pleurale/péricardique |
| | <input type="checkbox"/> Oligo/hydramnios |
| | <input type="checkbox"/> Retard de croissance intra-utérin |
| | <input type="checkbox"/> Autre : |

Résultats sérologie :

Parvovirus B19	<input type="checkbox"/> immunisé	<input type="checkbox"/> non-immunisé
<i>T. gondii</i>	<input type="checkbox"/> immunisé	<input type="checkbox"/> non-immunisé
Rubéole	<input type="checkbox"/> immunisé	<input type="checkbox"/> non-immunisé
CMV	<input type="checkbox"/> immunisé	<input type="checkbox"/> non-immunisé

ANALYSES DEMANDEES

Confirmation de sérologie

<input type="checkbox"/> CMV	<input type="checkbox"/> B19	<input type="checkbox"/> Rubéole	<input type="checkbox"/> Toxoplasma
PCR			
<input type="checkbox"/> CMV	<input type="checkbox"/> B19	<input type="checkbox"/> Rubéole	<input type="checkbox"/> Toxoplasma (INAMI)

Attention : L'Hôpital Erasme n'effectue pas de tests sur cartes de Guthrie. Prière de les envoyer à l'UZ-Brussel (voir le formulaire de demande ci-dessous).

**CENTRE NATIONAL DE REFERENCE POUR LES INFECTIONS CONGÉNITALES :
TOXOPLAMA GONDII, RUBÉOLE, CYTOMÉGALOVIRUS ET PARVOVIRUS B19**

Prof. D. De Geyter
UZ Brussel
Microbiologie en Ziekenhuishygiëne
Laarbeeklaan 101, 1090 Jette
Tél.: 02/477 50 00
E-mail: labomicro@uzbrussel.be

**DONNEES CONCERNANT LE LABORATOIRE QUI
ENVOIE L'ECHANTILLON:**

Nom du responsable :
Nom du laboratoire :
Service :
Adresse :
Code Postal :
Ville :
Tél: Fax:

DONNEES DU PATIENT

**(Ecrire en lettres capitales ou joindre une demande
électronique)**

Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Adresse :
.....
NISS :
Si nouveau-né ou enfant, nom de la mère :
.....

DONNEES CONCERNANT L'ECHANTILLON

Numéro d'identification:
Date de prélèvement:
Type d'échantillon:

- Liquide Amniotique Urine enfant
 Sérum Sérum sang de cordon
 LCR Carte de Guthrie**
 Salive/écouvillonnage buccal enfant
 Autre:

Analyse demandée pour cause de:

- Séroconversion femme enceinte
 IgM positives sur premier échantillon de sérum
femme enceinte
 Développement fœtal anormal
 Follow-up nouveau-né

** Carte de Guthrie : veuillez envoyer 2 spots, après accord
parental (ou si vous n'avez pas la carte, précisez le lieu de
naissance de l'enfant) :

RESERVE AU CENTRE DE REFERENCE

DONNEES CLINIQUES

Date du début de la grossesse:

Résultats sérologiques obtenus (à fournir obligatoirement) :

Date	Durée de grossesse	IgG	IgM	Autres

Renseignements cliniques:

Traitement:

Résultat échographie:

- Normal Anormal
 Hydrops fœtal
 Hydrocéphalie
 Microcéphalie
 Calcifications intracrâniennes
 Hyperdensité abdominale
 Effusion pleurale/péricardique
 Oligo/hydramnios
 Retard de croissance intra-utérin
 Autre :

Résultats sérologie:

- T. gondii* immunisé non-immunisé
Rubéole immunisé non-immunisé
CMV immunisé non-immunisé

ANALYSES DEMANDEES

Confirmation de sérologie

- CMV Rubéole Toxoplasma

Culture cellulaire (INAMI)

- CMV

PCR

- CMV Toxoplasma
(INAMI)

Attention : L'UZ-Brussel n'effectue pas de tests pour le parvovirus B19, pas de PCR pour la Rubéole ni de PCR sur placenta ou sang. Prière de les envoyer à l'Hôpital Erasme (voir le formulaire de demande ci-dessus).