

**FORMULAIRE A RENOYER AVEC L'ÉCHANTILLON AU CENTRE DE RÉFÉRENCE:**

UZ Leuven - Dienst Laboratoriumgeneeskunde (NRC)

Herestraat 49 - 3000 Leuven

Tel. 016 34 70 00

**prof. dr. Marc Van Ranst**

[marc.vanranst@uzleuven.be](mailto:marc.vanranst@uzleuven.be)

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

Nom du responsable: .....

\*Nom du laboratoire: .....

Tél: ..... Fax: .....

Adresse email: .....

\*Nom du médecin demandeur: .....

+ N° INAMI: .....

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT**

\*Nom: .....

\*Sexe:            H    F    Inconnu

\*Date de naissance: .....

\* N° registre national: .....

\*Adresse: .....

\*Code postal + localité: .....

Nationalité: .....

\*Séjour récent à l'étranger:    Oui    Non

Si oui, pays ou région: .....

date: .... /.... /.....

**\* RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ÉCHANTILLON**

N° d'identification:.....

Date de prélèvement: ..... /..... /.....

**\* ANALYSES DEMANDÉES**

- 2373    Virus Hanta IgG (sang)  
2374    Virus Hanta IgM (sang)  
          (comprend Puumala/Dobrava/Hantaan sérotype)

- 2384    Test rapide Puumala virus IgM (Virus Hanta) (sang)  
          (uniquement en cas d'urgence et après contact avec le labo)

- 5764    Virus Hantavirus PCR (comprend Virus Hanta IgG/IgM)  
En cas de séjour récent à l'étranger, la PCR Pan-hantavirus est réalisée ; dans le cas contraire, uniquement la PCR Puumala virus est réalisée.

- 5770    Virus Hanta Immunoblot (sang)  
          (comprend, outre le sérotype Puumala/Dobrava/Hantaan, également les sérotypes Séoul et Sin Nombre)

- Test de neutralisation  
          (uniquement en cas d'échantillon convalescent)

**INFORMATIONS CLINIQUES**

\*Date du début des symptômes: .... /.... /.....

\*Symptômes:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fièvre                     | <input type="checkbox"/> Hématurie                    |
| <input type="checkbox"/> Myalgie                    | <input type="checkbox"/> Lombalgies                   |
| <input type="checkbox"/> Céphalées                  | <input type="checkbox"/> Dialyse                      |
| <input type="checkbox"/> Myopie aiguë               | <input type="checkbox"/> Reins gonflés<br>(≥ 13 cm Ø) |
| <input type="checkbox"/> Vomissement et/ou diarrhée | <input type="checkbox"/> Protéinurie                  |

\*Hospitalisation:            Oui            Non

Si oui, date d'hospitalisation: .... /.... /.....

Oligurie:..... ml/24h	Cholestérol:..... mg%
Trombocytes:..... /mm3	HD :..... mg%
Créatinine :..... mg%	Triglycérides:..... mg%
ALT:..... U/l	GPT:..... U/l
Sodium sérique: ..... mmol/L	CRP: ..... mg/dL

**\* Indispensable**