

## LABORATOIRE DE REFERENCE POUR *CLOSTRIDIUM TETANI*

### FORMULAIRE A ENVOYER AVEC L'ECHANTILLON AU LABORATOIRE



#### Service des PATHOGENES ALIMENTAIRES

Rue Juliette Wytzman, 14  
1050 Ixelles

#### PhD. Tom Van Nieuwenhuysen

Tél. 02/642 51 04 ou 5111

Tél. labo 02/642 51 09

Fax. 02/642 56 92

[Tom.Vannieuwenhuysen@Sciensano.be](mailto:Tom.Vannieuwenhuysen@Sciensano.be),  
[Botulisme@Sciensano.be](mailto:Botulisme@Sciensano.be)

#### LABORATOIRE DE MICROBIOLOGIE MEDICALE

Dr. A. Vodolazkaia

Dr. M Mukovnikova

Biologistes Cliniques

Tél. 02/642 51 11

#### IDENTIFICATION DU LABORATOIRE QUI ENVOIE L'ECHANTILLON

Nom du prestataire : .....

Nom du laboratoire : .....

Adresse : .....

CP, Localité : .....

Tél. : ..... Fax. : .....

Adresse e-mail : .....

Médecin prescripteur + N°INAMI : .....

.....

#### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT

Nom et prénom : .....

Sexe :  M  F Date de naissance : .....

Numéro de registre national : .....

Adresse : .....

Code Postal : .....

Nationalité : .....

#### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ECHANTILLON

Votre numéro de référence: .....

Type de prélèvement : .....

Date de prélèvement : .....

#### DONNEES DE VACCINATION

Le patient a-t-il récemment reçu des immunoglobulines ?  Oui  Non Si oui : dose ..... date : .....

Le patient a-t-il été vacciné contre le Tétanos ?  Oui  Non  Inconnu

Si oui :

- Date de la dernière vaccination .....
- Vaccination de base reçue  
 Oui  Non  Inconnu
- Rappel décennal reçu  
 Oui  Non  Inconnu

#### ANALYSES SOUHAITEES – CHAMP OBLIGATOIRE

Titrage d'anticorps antitétaniques (ELISA compétitif et quantitatif)

Contrôle du statut vaccinal

Suspicion d'immunodéficiência

Echantillon avant vaccin  Echantillon après vaccin

Diagnostic du tétanos : détection de la toxine tétanique dans le sérum (Test *in vivo*)

Date : ..... Signature du biologiste : .....