

**SERVICE DES PATHOGENES ALIMENTAIRES**  
**VIRUS GASTRO-INTESTINAUX : ADENOVIRUS, ROTAVIRUS, SAPOVIRUS, ASTROVIRUS**

_____ / _____	DATE DE RECEPTION
---------------	-------------------

**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. : .....

**Formulaire de demande avec échantillon à envoyer à :**

**SCIENSANO - SERVICE DES PATHOGENES ALIMENTAIRES**  
**RUE JULIETTE WYTSMAN 14 1050 BRUXELLES |**  
**BELGIQUE**

Prestataires Biologistes : Tel. 02/642.51.11

Dr. A. Vodolazkaia (1-99372-60-860)  
 Dr. M. Mukovnikova (1-98182-86-860)

Contact : Tel. 02/642.51.83

NRLVTI-LNRTIA@Sciensano.be  
 www.Sciensano.be

fax. labo : +32(0)2.642. 50.01

**Renseignements concernant le patient**

Nom et prénom : .....

Date de naissance : .....

Sexe :  M  V

Nationalité : .....

Adresse : .....

Code Postal + Localité : .....

**Données Cliniques**

.....

.....

.....

.....

**Analyse Demandée**

Détection d' Adenovirus, Rotavirus, Sapovirus et Astrovirus par PCR en temps réel

**Renseignements concernant l'échantillon**

Votre numéro de référence : .....

Date de prélèvement : .....

Type d'échantillon :  Selles

Remarques : .....

**Coordonnées de Facturation**

Nom et prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal + Localité : .....

\* à compléter absolument