

<b>SERVICE DES PATHOGENES ALIMENTAIRES</b> <b>ENTEROTOXINES DE STAPHYLOCOCCUS AUREUS ET BACILLUS AUREUS</b>	
_____ / _____	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 :
<p style="color: red; margin: 0;"><b><u>SCIENSANO - SERVICE DES PATHOGÈNES ALIMENTAIRES</u></b>  <b>RUE JULIETTE WYTSMAN 14 1050 BRUXELLES   BELGIQUE</b></p> <p>Prestataires Biologistes : <span style="float: right;">Tel. <b>02/642.51.11</b></span>          Dr. A. Vodolazkaia (1-99372-60-860)          Dr. M. Mukovnikova (1-98182-86-860)</p> <p>Contact: <span style="float: right;">Tel. <b>02/642.51.83</b></span>          foodmicro@sciensano.be          www.Sciensano.be</p> <p>fax. : +32(0)2.642. 50 01</p>

Renseignements concernant le patient
Nom et prénom : ..... Date de naissance : ..... Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V Nationalité : ..... Adresse : ..... Code Postal + Localité : .....

Données Cliniques
..... ..... .....

Tests Demandés
<input type="checkbox"/> Détection d'entérotoxines de <i>Staphylococcus aureus</i> par test d'agglutination passive inversée au latex (SET-RPLA)  <input type="checkbox"/> Détection de gènes d'entérotoxines de <i>Bacillus cereus</i> par PCR ( <i>nhe</i> , <i>hbl</i> , <i>cytK</i> )  <input type="checkbox"/> Détection du gène de cereulide de <i>Bacillus cereus</i> par PCR ( <i>ces</i> )

Renseignements concernant l'échantillon
Votre numéro de référence : ..... Date de prélèvement : ..... Type d'échantillon : <input type="checkbox"/> Selles <input type="checkbox"/> Souche bactérienne Remarques : .....

Coordonnées de Facturation
Nom et prénom : ..... Adresse : ..... Code Postal + Localité : .....

\* à compléter absolument