

**SERVICE DES PATHOGENES ALIMENTAIRES
 DÉTECTION D'ENTÉROBACTER CLOACAE**

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

Identification du laboratoire qui envoie la souche

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**

foodmicro@sciensano.be
 www.Sciensano.be

fax. : +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

.....

.....

.....

.....

Analyses Demandées

Détection d' Entérobacter cloacae

Renseignements concernant l'échantillon

Votre numéro de référence :

Date de prélèvement :

Type d'échantillon : Ecouvillon environnemental
 Autre :

Remarques :

Coordonnées de Facturation

Nom et prénom :

Adresse :

Code Postal + Localité :

*** à compléter absolument**