

## Laboratoire de Référence pour *LEISHMANIA*

### FORMULAIRE À RENVOYER AVEC L'ÉCHANTILLON AU LABORATOIRE DE RÉFÉRENCE

**Dr. M. VAN ESBROECK**

Institut de Médecine Tropicale – Laboratoire Clinique de Référence (KRL)

Kronenburgstraat 43/3 - 2000 Anvers (Belgique)

Tél. : 03/247.64.45 / Fax : 03/247.64.40 / E-mail : [mvesbroeck@itg.be](mailto:mvesbroeck@itg.be)

#### \*DONNÉES SUR LE LABORATOIRE QUI ENVOIE L'ÉCHANTILLON

Nom du responsable : .....

Nom du laboratoire : .....

Service : .....

Rue + no.: .....

Code postal + Ville : .....

Tél.: .....

Fax : .....

E-mail : .....

#### RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Forme cutanée

Forme mucocutanée

Forme cutanée + mucocutanée

Forme viscérale

Début (mois/année) : .....

#### DONNÉES SUR LE PATIENT

\*Nom : .....

\*Sexe :  H  F

\*Date de naissance : .....

\*Code postale /Résidence : .....

Nationalité : .....

#### RENSEIGNEMENTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES

\*Infection probablement attrapée en :

Pays : .....

Localité : .....

Autres zones endémiques visitées : .....

.....

Pays de résidence: .....

Raison de voyage:

Immigrant

Touriste

VFR (visiting friends and relatives)

Militaire

Expat/ voyage d'affaire

Traitement médical à l'étranger

Autre: .....

Inconnue

#### DONNÉES SUR L'ÉCHANTILLON

No. d'identification : .....

#### Origine :

Biopsie Veuillez préciser : .....

Moelle

\*Date de prélèvement : .....

\*Echantillonnage  AVANT le traitement

PENDANT le traitement

APRES le traitement

#### Quels résultats pouvez-vous recevoir de nous ?

1. Examen microscopique direct

2. PCR en temps réel (détection de *Leishmania* sp.)

3. Identification des espèces (si la PCR est positive)

(\*) *Obligatoire à remplir*