

**CENTRE DE REFERENCE POUR LES  
INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES  
Formulaire de demande pour *NEISSERIA GONORRHOEAE***

\*Code du labo

**FORMULAIRE A RENVOYER AVEC L'ECHANTILLON AU CENTRE DE REFERENCE**

**Phm. D. VAN DEN BOSSCHE**

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

Kronenburgstraat 43/3 - 2000 Anvers (Belgique)

Tél : 03/247.65.52 - 03/247.64.45 / Fax : 03/247.07.89 / E-mail : [dvandenbossche@itg.be](mailto:dvandenbossche@itg.be)

**\*Identification du laboratoire qui envoie la souche**

Nom biologiste : .....

Nom du laboratoire : .....

Adresse : .....

Code postal/domicile : .....

Tél : ..... Fax : .....

E-mail : .....

Nom + n° INAMI du médecin prescripteur : .....

.....

**CADRE RESERVE AU CENTRE DE REFERENCE**

**Données du patient**

\*Nom (initiales/autre code) : .....

\*Sexe :  M  F  Autre  Inconnu

\*Date de naissance (ou âge) : .....

\*Code postal/domicile : .....

\*Pays de naissance : .....

Nationalité : .....

Séjour récent à l'étranger :  Oui  Non

Si oui, pays ou région : .....

**Renseignements sur la souche**

Identification probable : .....

\*Numéro d'identification : .....

\*Basée sur :

- Recherche microscopique
- Culture et identification biochimique
- PCR
- Maldi-Tof
- Autre: .....

\*Origine :

- Sécrétion urétrale / génitale / vaginale
- Anale
- Pharyngée
- Sang
- Liquide céphalo-rachidien
  
- Pus : .....
- Autre : .....

Date de l'isolement : .....

**\*Données cliniques et épidémiologiques**

Symptômes :

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Asymptomatique | <input type="checkbox"/> Arthrite         |
| <input type="checkbox"/> Urétrite       | <input type="checkbox"/> Epididymite      |
| <input type="checkbox"/> Cervicite      | <input type="checkbox"/> Salpingite aiguë |
| <input type="checkbox"/> Proctite       | <input type="checkbox"/> PID              |
| <input type="checkbox"/> Pharyngite     | <input type="checkbox"/> Conjonctivite    |
| <input type="checkbox"/> Inconnu        | <input type="checkbox"/> Autre: .....     |

Primo-infection :  Oui  Non  Inconnue

Transmission probable :

- Hétérosexuelle
- Homosexuelle
- Bisexuelle
- Transmission mère-enfant
- Inconnue

Travailleur du sexe ou contact avec travailleur du sexe ?

- Travailleur du sexe
- Contact avec un travailleur du sexe
- Inconnue

Statut VIH :

- Négatif
- Négatif sur la PrEP
- Positif
- Premier diagnostic
- Inconnu

Co-infections :

- |                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Aucune       | <input type="checkbox"/> Verrues génitales     |
| <input type="checkbox"/> Chlamydia    | <input type="checkbox"/> Herpès génital        |
| <input type="checkbox"/> LGV          | <input type="checkbox"/> Hépatite B            |
| <input type="checkbox"/> Hépatite C   | <input type="checkbox"/> Mycoplasma genitalium |
| <input type="checkbox"/> Syphilis     | <input type="checkbox"/> Ureaplasme            |
| <input type="checkbox"/> Inconnue     |  |
| <input type="checkbox"/> Autre: ..... |  |

Traitement : .....

Résistance : .....

**\* A COMPLETER ABSOLUMENT**