

FORMULAIRE A RENOYER AVEC L'ÉCHANTILLON AU CENTRE DE RÉFÉRENCE:

UZ Leuven - Dienst Laboratoriumgeneeskunde (NRC)

Herestraat 49 - 3000 Leuven

Tel. 016 34 70 00

prof. dr. Marc Van Ranstmarc.vanranst@uzleuven.be**IDENTIFICATION DU LABORATOIRE QUI ENVOIE
L'ÉCHANTILLON**

Nom du responsable:

*Nom du laboratoire:

Tél: Fax:

Adresse email:

*Nom du médecin demandeur:

+ N° INAMI:

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT

*Nom:

*Sexe: H F Inconnu

*Date de naissance:

* N° registre national:

*Adresse:

*Code postal + localité:

Nationalité:

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ÉCHANTILLON

*N° d'identification:

*Date de prélèvement des selles: / /

Méthode de détection du Rotavirus:

Si PCR, la valeur CT:

ANALYSE DEMANDÉE**5863 Rotavirus RT-PCR et SéquençageINFORMATIONS CLINIQUES**

Symptômes:

 Diarrhée Vomissement Fièvre Autre : Inconnu

Hospitalisation:

 Oui Non Inconnu

Status vaccinal contre le Rotavirus:

 Non vacciné Inconnu Vacciné Rotarix: Date 1^{ière} dose: / / Date 2^{ième} dose: / / RotaTeq: Date 1^{ière} dose: / / Date 2^{ième} dose: / / Date 3^{ième} dose: / /**INFORMATIONS ÉPIDÉMIOLOGIQUES** Cas isolé Cluster de cas – contexte: Inconnu*** Indispensable**