

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

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

***IDENTIFICATION DU LABORATOIRE QUI ENVOIE L'ÉCHANTILLON**

Nom biologiste :

Nom du laboratoire :

Adresse :

Code postal/domicile :

Tél : Fax :

E-mail :

Nom + n° de RIZIV du médecin prescripteur :

.....

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT

*Nom (initiales/autre code) :

*Sexe : H F autre inconnu

*Date de naissance (ou âge) :

*Code postal/domicile :

*Pays de naissance :

Profession :

Nationalité :

Séjour récent à l'étranger : oui non

Si oui, pays ou région :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ÉCHANTILLON

Identification probable :

*Numéro d'identification :

*Basée sur :

- Isolation
 PCR
 Détection de l'antigène (ELISA)
 Autre :

*Nature :

- Sécrétion anale
 Ulcération génitale
 Sécrétions génitales
 Aspiration inguinale
 Biopsie:
- Autre :
- Inconnue

*Date du prélèvement.....

CADRE RÉSERVÉ AU CENTRE DE RÉFÉRENCE

***INFORMATIONS CLINIQUES ET EPIDEMIOLOGIQUES**

Symptômes

- Asymptomatique
 Urétrite
 Epididymite
 Cervicite
 Proctite
 Ulcère génital
 Lymphadenopathie inguinal
 Autre :
- Inconnue

Transmission probable

- Hétérosexuelle
 Homosexuelle
 Bisexuelle
 Travailleur du sexe
 Contact avec un travailleur du sexe
 Inconnue

Status VIH

- Négatif
 Négatif sur la PrEP
 Positif
 Premier diagnostic
 Inconnu

Co-infections

- Aucune
 Gonorrhée
 Non-LGV Chlamydia
 Hépatite B
 Herpès génital
 Syphilis
 Autre :
- Trichomonas vaginalis
 Mycoplasma genitalium
 Hépatite C
- Inconnu

*** A COMPLETER ABSOLUMENT**