

CENTRE DE REFERENCE POUR LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES
Formulaire de demande pour DETECTION et CONFIRMATION de
MYCOPLASMA GENITALIUM

*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

***Identification du laboratoire qui envoie l'échantillon**

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 :

Profession :

Nationalité :

Séjour récent à l'étranger : oui non

Si oui, pays ou région:

Renseignements concernant l'échantillon

Identification probable :

*Numéro d'identification :

* Le résultat pour Chlamydia (Ct)/Gonorrhée (Ng) est-il connu ? Oui Non

* Si oui, quel est le résultat ?

Ct/Ng négatif Ct positif/Ng négatif
 Ct/Ng positif Ng positif/Ct négatif

*Basée sur :

Isolation PCR
 Autre:

*Origine :

Sécrétion urétrale / génitale / vaginale
 Anale Pharyngée
 Urine
 Autre:

Date du prélèvement :

***Données cliniques et épidémiologiques**

Symptômes :

- Urétrite
 Cervicite
 PID
 Préciser :

Primo-infection : Oui Non Inconnue

Transmission probable :

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

Statut VIH :

- Négatif
 Négatif sur la PrEP
 Positif
 Premier diagnostic
 Inconnue

Co-infections :

- Aucune Verrues génitales
 Gonorrhoeae Herpès génital
 Chlamydia Trichomonas vaginalis
 LGV Hépatite B
 Hépatite C Ureaplasme
 Syphilis
 Autre :

Traitement :

.....

*** A COMPLETER ABSOLUMENT**