

**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 : .....

Profession : .....

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"/> Autre : ..... |  |
| <input type="checkbox"/> Inconnue      |  |

Traitement : .....

Résistance : .....

**\* A COMPLETER ABSOLUMENT**