

CENTRE DE RÉFÉRENCE POUR *BORDETELLA PERTUSSIS*

DEMANDE DE SÉROLOGIE (ANTI-PT IgG):



Prière d'envoyer ce formulaire accompagné d'un **sérum** à:

Dr I. Desombere

SCIENSANO (Ixelles)–Dispatching + Service Immunologie

Rue Juliette Wytsman 14, 1050 Bruxelles

Tel.: 02/373.32.94

Fax: 02/373.33.67

E-mail: caroline.rodeghiero@sciensano.be

<p>LABORATOIRE DEMANDEUR:</p> <p>Nom du responsable:</p> <p>Nom du laboratoire/service:</p> <p>Adresse:</p> <p>.....</p> <p>Tel.: Fax:</p> <p>E-mail:</p>	<p>Nom + prénom du médecin prescripteur:</p> <p>Cachet du médecin prescripteur:</p>
--	---

<p>RENSEIGNEMENTS PATIENT:</p> <p>Votre n° de référence:</p> <p>Nom:</p> <p>Sexe: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> autre/inconnu</p> <p>Date de naissance:</p> <p>Code postal/localité:</p> <p>Nationalité:</p> <p>N° du registre national:</p> <p>Séjour récent à l'étranger: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> inconnu</p> <p>Si oui, veuillez préciser (pays/région):</p>	<p>RENSEIGNEMENTS CLINIQUES: OBLIGATOIRE</p> <p>Date de début des symptômes:</p> <p>Toux? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> inconnu</p> <p>Si oui, durée de la toux:</p> <p>Toux accompagnée de:</p> <p> Quintes de toux paroxysmale: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p> Inspiration sifflante ("whooping"): <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p> Vomissements après la toux: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p> Episodes d'apnée chez un nourrisson: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p> Si oui, donnez de détails:</p> <p>Autres symptômes:</p> <p>Contact récent avec un cas confirmé? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p> Si oui, donnez la référence du cas confirmé:</p> <p>.....</p> <p>Le patient a-t-il déjà fait la coqueluche? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p> Si oui, quand?</p> <p>Le patient a-t-il été hospitalisé? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Issue: <input type="checkbox"/> décédé (date du décès:) <input type="checkbox"/> encore malade <input type="checkbox"/> guéri <input type="checkbox"/> inconnu</p>
<p>HISTORIQUE DE VACCINATION: OBLIGATOIRE</p> <p>Le patient a-t-il été vacciné?</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> inconnu</p> <p>Si oui:</p> <p> Combien de doses a-t-il reçu?</p> <p> Date de la dernière dose:</p> <p>HISTORIQUE DE VACCINATION: ENFANT < 12 MOIS</p> <p>La mère a-t-elle été vaccinée pendant sa grossesse?</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> inconnu</p> <p>Date:</p>	

<p>RENSEIGNEMENTS SÉRUM:</p> <p>N° d'identification:</p> <p>Date de prélèvement:</p> <p>Un premier échantillon analysé?</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> inconnu</p> <p>Si oui, référence et date:</p> <p>.....</p>	<p>AUTRES INFORMATIONS/REMARQUES:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
---	--

Le CNR ne peut effectuer l'analyse que si les renseignements cliniques et les données de vaccination sont complets et correctes. Si la demande concerne un titre d'anticorps anti-PT IgG après vaccination, le coût sera à charge du patient.