

Laboratoire de Référence pour *LEISHMANIA*

FORMULAIRE À RENVoyer AVEC L'ÉCHANTILLON AU LABORATOIRE DE RÉFÉRENCE:

Dr. M. VAN ESBROECK

Institut de Médecine Tropicale – Laboratoire Clinique de Référence (KRL)

Kronenburgstraat 43/3 - 2000 Anvers (Belgique)

Tél. : 03/247.64.45 / Fax : 03/247.64.40 / E-mail : mvesbroeck@itg.be

*DONNÉES SUR LE LABORATOIRE QUI ENVOIE L'ÉCHANTILLON

Nom du responsable :

Nom du laboratoire :

Service :

Rue + no.:

Code postal + Ville :

Tél.:

Fax :

E-mail :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

forme cutanée

forme mucocutanée

forme cutanée + mucocutanée

forme viscérale

Début (mois/année) :

DONNÉES SUR LE PATIENT

*Nom :

*Sexe : H F

*Date de naissance :

*Code postale /Résidence :

Nationalité :

RENSEIGNEMENTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES

*Infection probablement attrapée en :

Pays :

Localité :

Autres zones endémiques visitées :

.....

Pays de résidence:

Raison de voyage:

Immigrant

Touriste

VFR (visiting friends and relatives)

Militaire

Expat/ voyage d'affaire

Traitement médical à l'étranger

Autre :

Inconnue

DONNÉES SUR L'ÉCHANTILLON

No. d'identification :

Origine :

biopsie Veuillez préciser :

moelle

*Date de prélèvement :

*Echantillonnage AVANT le traitement

PENDANT le traitement

APRES le traitement

Quels résultats pouvez-vous recevoir de nous ?

1. Examen microscopique direct

2. PCR en temps réel (détection de *Leishmania* sp.)

3. Identification des espèces (si la PCR est positive)

(* *Obligatoire à remplir*)