CENTRE DE RÉFÉRENCE POUR ENTEROVIRUS

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

Prof. Marc Van Ranst
UZ Leuven – Laboratoriumgeneeskunde
Herestraat 49 – 3000 Leuven
Tél : 016/347000
Email : marc.vanranst@uzleuven.be

IDENTIFICATION DU LABORATOIRE QUI ENVOIE L'ÉCHANTILLON

Nom du responsable : ……

Nom du laboratoire : ……

Service : ……

Adresse : ……

Code postal + localité : ……

Tél. : …….. Fax : ……

Adresse email : ……

Nom du médecin demandeur : ……
N° INAMI : ……

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT

Nom : ……

Sexe : ❑ H ❑ F ❑ inconnu

Date de naissance (ou âge) : ……

Adresse : ……

Code postal/Localité : ……

Nationalité : ……

Séjour récent à l'étranger : ❑ oui ❑ non

Si oui, pays ou région : ……

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ÉCHANTILLON

Date de prélèvement : ……

Nature :

❑ liquide céphalo-rachidien

❑ fèces

❑ sérum

❑ crachats/lavage broncho-alvéolaire

❑ autre : ……

Condition de l'échantillon :

❑ culture cellulaire

❑ extrait de RNA

❑ échantillon du patient

❑ autre : ……

CADRE RÉSERVÉ AU CENTRE DE RÉFÉRENCE

INFORMATIONS CLINIQUES

Symptômes :

❑ Suspicion d'infection par le poliovirus (paralysie flasque)

❑ Méningite

❑ Encéphalite

❑ Gastroentérite

❑ Autre : ……

INFORMATIONS ÉPIDÉMIOLOGIQUES

❑ Cas isolé

❑ Cluster de cas

- Nombre : ……
- Age : ……
- Setting (ex. école, hôpital…) : ……

ANALYSES DEMANDÉES

❑ Culture d'entérovirus

❑ PCR d'entérovirus

❑ Typage d'entérovirus (uniquement en cas de culture ou PCR positive

AUTRES INFORMATIONS IMPORTANTES

Si d'application, par ex. urgence de l'analyse

REFERENTIECENTRUM VOOR ENTEROVIRUS

GELIEVE HET STAAL SAMEN MET DIT INGEVULD FORMULIER OP TE STUREN NAAR:

Prof. Marc Van Ranst
UZ Leuven – Laboratoriumgeneeskunde
Herestraat 49 – 3000 Leuven
016/347000 marc.vanranst@uzleuven.be

GEGEVENS OVER HET LABORATORIUM DAT HET STAAL OPSTUURT

Naam verantwoordelijke: ……...

Naam laboratorium: ……...

Dienst: ……

Straat + nr.: ……

Postcode + gemeente: ……

Tel: …….……..….. Fax: …….

Emailadres: ……

Aanvragende arts:…….

RIZIV nummer: ……

PATIENTGEGEVENS

Naam: ……...

Geslacht: ❑ M ❑ V ❑ onbekend

Geboortedatum: ……..

Straatnaam +nr.: ……

Postcode en woonplaats: …….

Nationaliteit: ……

Recent verblijf buitenland: ❑ ja ❑ neen

Zo ja, land of streek: …….

GEGEVENS OVER HET STAAL

Afnamedatum: ……

Oorsprong van het staal:

- ❑ cerebrospinaal / lumbaal vocht
- ❑ faeces
- ❑ serum
- ❑ sputum / balvocht
- ❑ Andere: ……

Staalconditionering :

- ❑ celcultuur
- ❑ RNA extract
- ❑ origineel patiëntenstaal
- ❑ Andere: ……

VOORBEHOUDEN VOOR HET REFERENTIECENTRUM

KLINISCHE GEGEVENS

Symptomen:

- ❑ Vermoeden van Poliovirus infectie (slappe verlamming)
- ❑ Meningitis
- ❑ Encephalitis
- ❑ Gastroenteritis
- ❑ Andere: ……..

EPIDEMIOLOGISCHE GEGEVENS

- ❑ Geïsoleerde casus
- ❑ Cluster van gevallen:
  - ∟ Aantal: ……..
  - ∟ Leeftijd: ……
  - ∟ Setting (Vb. school, ziekenhuis,…) :……

AANGEVRAAGDE TESTEN

- ❑ Enterovirus Kweek
- ❑ Enterovirus PCR
- ❑ Typering van Enterovirus (enkel bij positieve kweek of PCR)

ANDERE BELANGRIJKE GEGEVENS

Indien van toepassing, bvb mogelijke urgentie van analyse