

MICROBIOLOGIE MOLECULAIRE: Infections congénitales

OBLIGATOIRE
Coordonnées patient(e)
Nom, prénom:
Date de naissance JJ/MM/AAAA Sexe: F M
Adresse:

Département:

OBLIGATOIRE
Date de demande: /..... /.....
Cachet et signature prescripteur:

 Copie à: Copie patient
.....
.....

Je, soussigné, déclare que les analyses marquées [Δ] sont en accord avec les règles de remboursement liées à un contexte clinique précis

OBLIGATOIRE Date et heure de prélèvement: /..... /..... H **OBLIGATOIRE** Prélevé par :

INFECTION PRENATALE

- 815 Liq amniotique 2 à 3 mL (Entéro, Herpès, Toxo, CMV, Rubéole, Parvo B19)
- 858 Sang EDTA fœtal (uniquement pour Toxo, cf. info sur website CNR)

Analyses effectuées sur site Porte de Hal:

- 57 ENTEROVIRUS**
- 9014 Diagnostic échographique [Δ]
 - 9200 Autre contexte clinique [€] (73 €) : MAX 1x/épisode
- 63 HERPES SIMPLEX**
- 9021 Herpes néonatal [Δ] MAX 1x/épisode
 - 9200 Autre contexte clinique [€] (B2000) :
- 49 TOXOPLASMA GONDII**
- 9026 Séroconversion en cours de grossesse [Δ]
 - 9027 Profil sérologique n'excluant pas une infection récente [Δ]
 - 9200 Autre contexte clinique [€] (73 €) :

Analyses effectuées par le CNR Erasme site Anderlecht:

- CMV** PCR_CMV_congenital [CNR] indispensable, cf. verso
- RUBEOLE** PCR_rub_congenital [CNR] indispensable, cf. verso
- PARVOVIRUS B19** PCR_B19_congenital [CNR] indispensable, cf. verso

FOLLOW-UP POSTNATAL

- 858 Sang EDTA néonatale 1 mL (Entéro, Herpès, Toxo, CMV, Rubéole, Parvo B19)
- 857 Sang cordon EDTA 1 mL (Entéro, Herpès, Toxo, CMV, Rubéole, Parvo B19)
- 814 Placenta minimum 100 g (Toxo, Parvo B19 et CMV)
- 920 LCR minimum 0,4 mL (Entéro, HSV ou Toxo)
- 807 Urine néonatale 1 mL (sac bébé) (autorisé uniquement pour CMV et Rubéole)

Uniquement pendant les 2 premières semaines de vie:

- 839 Salive (autorisé uniquement pour CMV)

Analyses effectuées sur site Porte de Hal:

- 57 ENTEROVIRUS**
- 9018 Mort in utero [Δ] MAX 1x/épisode
 - 9200 Autre contexte clinique [€] (73 €) :
- 63 HERPES SIMPLEX**
- 9021 Herpes néonatal [Δ] MAX 1x/épisode
 - 9200 Autre contexte clinique [€] (B2000) :
- 49 TOXOPLASMA GONDII**
- 9028 Mise au point de mort in utero, hydrocéphalie ou calcification intracérébrale [Δ] MAX 1x/épisode
 - 9200 Autre contexte clinique [€] (73 €) :

Analyses effectuées par le CNR Erasme site Anderlecht:

- CMV** PCR_CMV_congenital [CNR] indispensable, cf. verso
- RUBEOLE** PCR_rub_congenital [CNR] indispensable, cf. verso
- PARVOVIRUS B19** PCR_B19_congenital [CNR] indispensable, cf. verso

Analyses à envoyer à SCIENSANO :

- 24 **INOCLINATION SOURIS TOXOPLASMA GONDII** (uniquement autorisé sur Placenta) [Comp] [CNR] indispensable, cf. verso

LÉGENDE

- [Δ]: Remboursement limité à un contexte clinique (voir Nomensoft.be disponible sur <https://ondpanon.riziv.fgov.be/nomen/fr/search>)
- [€]: hors nomenclature INAMI, facturation au patient valeur du B (Exemple: Janvier 2019 = 0,033 € → B3000 = 99 €)
- [CNR] Prescription spécifique CNR obligatoire (cf. verso), aussi disponible sur: https://nrchm.wiv-isp.be/fr/centres_ref_lab/default.aspx
- [Comp] Voir Compendium du laboratoire, disponible sur: <http://195.244.166.10:8081/labo/ketub.nsf>
- Cette demande d'analyses peut-être téléchargée sur <https://www.stpierre-bru.be/fr/services-medicaux/laboratoire-et-transfusion-lhub-ulb>

**CENTRE NATIONAL DE REFERENCE POUR LES INFECTIONS CONGÉNITALES :
TOXOPLASMA GONDII, RUBÉOLE, CYTOMÉGALOVIRUS ET PARVOVIRUS B19**

**PRIERE D'ENVOYER CE FORMULAIRE AVEC L'ECHANTILLON A L'UN DES TROIS
LABORATOIRES**

Dr. M-L. Delforge
Hôpital Erasme – ULB
Service de Microbiologie
Route de Lennik, 808, 1070 Bruxelles
Tél: 02/ 555 66 81
E-mail: marie-luce.delforge@erasme.ulb.ac.be

Dr. D. Piérard
UZ Brussel
Microbiologie en Ziektenhygiëne
Laarbeeklaan 101, 1090 Jette
Tél: 02/477 50 00
E-mail: labomicro@uzbrussel.be

Dr. ir. S. De Craeye (seulement *Toxoplasma gondii*)
Service Pathogènes alimentaires – Sciensano
Direction Maladies infectieuses humaines
Rue Juliette Wytsmans 14, 1050 Bruxelles
Tél: 02/642 55 93
E-mail: Toxo@Sciensano.be

PATHOGÈNES RECHERCHÉS PAR LABORATOIRE :

| | | |
|--|------------------------------|--|
| Toxoplasma CMV Rubéole Parvovirus B19 | Toxoplasma CMV Rubéole | Toxoplasma Inoculation souris (uniquement sur Placenta) |
|--|------------------------------|--|

***DONNEES CONCERNANT LE LABORATOIRE QUI ENVOIE L'ECHANTILLON:**

Nom du responsable:
 Nom du laboratoire:
 Service:
 Adresse:
 Code Postal:
 Ville:
 Tél: Fax:

***DONNEES DU PATIENT**

(Ecrire en lettres capitales ou joindre une demande électronique)

Nom:
 Prénom:
 Date de naissance:
 Adresse:

 Données mutuelle:
 Si nouveau-né ou enfant, nom de la mère:

***DONNEES CONCERNANT L'ECHANTILLON**

Numéro d'identification:
 Date de prélèvement:
 Type d'échantillon:

| | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Liquide Amniotique | <input type="checkbox"/> Sang Fœtal |
| <input type="checkbox"/> Sang EDTA | <input type="checkbox"/> Sang Cordon |
| <input type="checkbox"/> Sérum | <input type="checkbox"/> Urine enfant |
| <input type="checkbox"/> Placenta (min 100g pour toxo) | |
| <input type="checkbox"/> Autre: | |

Analyse demandée pour cause de:

- Séroconversion femme enceinte
- IgM positives sur premier échantillon de sérum femme enceinte
- Développement fœtal anormal
- Follow-up nouveau-né

RESERVE AU CENTRE DE REFERENCE

***DONNEES CLINIQUES**

Date du début de la grossesse:

Résultats sérologiques obtenus (à fournir obligatoirement) :

| Date | Durée de grossesse | IgG | IgM | Autres |
|------|--------------------|-----|-----|--------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Renseignements cliniques:

Traitement:

Résultat échographie:

- | | |
|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Anormal |
| | <input type="checkbox"/> Hydrops fœtal |
| | <input type="checkbox"/> Hydrocéphalie |
| | <input type="checkbox"/> Microcéphalie |
| | <input type="checkbox"/> Calcifications intracrâniennes |
| | <input type="checkbox"/> Hyperdensité abdominale |
| | <input type="checkbox"/> Effusion pleurale/péricardique |
| | <input type="checkbox"/> Oligo/hydramnios |
| | <input type="checkbox"/> Retard de croissance intra-utérin |
| | <input type="checkbox"/> Autre: |

Résultats sérologie:

| | | |
|------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|
| Parvovirus B19 | <input type="checkbox"/> immunisé | <input type="checkbox"/> non-immunisé |
| <i>T. gondii</i> | <input type="checkbox"/> immunisé | <input type="checkbox"/> non-immunisé |
| Rubéole | <input type="checkbox"/> immunisé | <input type="checkbox"/> non-immunisé |
| CMV | <input type="checkbox"/> immunisé | <input type="checkbox"/> non-immunisé |

***ANALYSES DEMANDEES**

Confirmation de sérologie

CMV B19 Rubéole Toxoplasma

Culture cellulaire (INAMI)

CMV Toxoplasma

PCR

CMV B19 Rubéole Toxoplasma (INAMI)

Inoculation à la souris (uniquement réalisée à Sciensano) :



A envoyer dans les plus brefs délais dans un récipient hermétique, non congelé sans conservateur ni fixateur

*Champs obligatoires

Demande d'analyse infection congenital 20180405.docx