

CENTRE DE RÉFÉRENCE POUR ARBOVIRUS

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

Dr. M. VAN ESBROECK

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

Kronenburgstraat 43/3 - 2000 Anvers (Belgique)

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

Identification du laboratoire qui envoie l'échantillon

Nom du responsable:

Nom du laboratoire:

Service:

Adresse:

Code postal + localité:

Tél.: Fax:

Adresse email:

Renseignements concernant le patient

Nom:

Sexe: ☐ H ☐ F

Date de naissance:

Code postal / Localité:

Nationalité:

Séjour récent à l'étranger: ☐ Oui ☐ Non

Si oui, pays ou région:

Grossesse: ☐ Oui ☐ Non

Renseignements concernant l'échantillon

Numéro d'identification:

Nature: ☐ Sérum

☐ Liquide céphalo-rachidien

Date de prélèvement:

Informations cliniques

Date de début des symptômes:

Symptômes : ☐ Fièvre

☐ Myalgie/arthralgie

☐ Éruption maculo-papuleuse

☐ Encéphalite

☐ Méningite

Immunosuppression: ☐ Oui ☐ Non

Vacciné contre la fièvre jaune ☐ Oui ☐ Non

TBE ☐ Oui ☐ Non

dengue ☐ Oui ☐ Non

JEV ☐ Oui ☐ Non

Informations épidémiologiques

Mode de transmission suspecté:

☐ Piqûre de moustique ou de tique dans une région endémique

☐ Transfusion sanguine

☐ Transplantation

☐ Transmission mère-enfant

☐ Autre:

Analyses demandées

Tests dans le cadre d'une infection

☐ PCR virus de la dengue

☐ PCR virus du chikungunya

☐ PCR virus du Nil occidental

☐ PCR virus de l'encéphalite à tique

☐ PCR virus de zika

Tests dans le cadre d'une infection, seulement après contact avec le labo:

☐ PCR virus de l'encéphalite japonaise

☐ PCR virus de la fièvre jaune

☐ PCR 'pan'-flavivirus

☐ Confirmation sérologie du virus de la dengue

Vos résultats:

☐ Confirmation sérologie du virus (spécifiez):

Vos résultats:

Tests dans le cadre d'une vaccination (voir critères sur

<https://www.sciensano.be/fr/centres-nationaux-de-referencen-microbiologie-humaine>

☐ Test de neutralisation fièvre jaune

Année de vaccination:

Contre-indications revaccination:

.....

☐ Test de neutralisation encéphalite à tique

Dates du schéma vaccinal complet:

1^{ère} vaccination: .../.../.....

2^{ème} vaccination: .../.../.....

3^{ème} vaccination: .../.../.....