

DETECTION DE LA VARIOLE DU SINGE

FORMULAIRE A RENVoyer AVEC L'ECHANTILLON A:

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

Les prélèvements sont traités pendant les jours ouvrables (entre 8h/8h30 et 17h)

IDENTIFICATION DU LABORATOIRE QUI ENVOIE L'ECHANTILLON

Nom du responsable:

Nom du laboratoire:

Tél: Fax:

Adresse e-mail:

Médecin prescripteur+ n° INAMI :

.....

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT

Nom:

Sexe: H F

Date de naissance:

N° registre national:

Rue + n:

Code postal/Localité:

Nationalité:

Statut vaccinal variole: oui non

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ECHANTILLON

Date de prélèvement:

Frottis des lésions en fonction du tableau clinique

peau: location

anal

oral

génital

Frottis anorectal (si HSH)

Autres prélèvements/ frottis en fonction du tableau clinique

salive

frottis de gorge

urine

autre:

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Hospitalisation oui non

Date de début des **symptômes généraux**:

Fièvre oui non

Céphalée oui non

Myalgie oui non

Fatigue oui non

Lymphadénopathie oui non

Autres, si oui, lesquels:

Lésions cutanées oui non

Date de début des **lésions cutanées**:

Localisation de la lésion: Mains Pieds

Zone génitale

Autre:

Complications oui non

Si oui, lesquelles:

Critères supplémentaires définition de cas:

Contact avec un cas confirmé: oui non

Lien avec événement/comportement (à risque): oui non

Si oui, spécifier:

Historique de voyage pays endémique: oui non

Si oui, spécifier le pays:

Envoyer les échantillons réfrigérés si conservés à +4°C. Si congelé, envoyer sur de la neige carbonique.