

OREILLONS

Identification du laboratoire demandeur

Nom du laboratoire : CP, Localité :
Nom du responsable : Tél :
Adresse : E-mail :

Données du médecin demandeur

Nom : Tél :
Numéro INAMI : E-mail :

Renseignements sur l'échantillon et le patient (obligatoire)

Votre numéro de référence :	Nom du patient:
Date de prélèvement (JJ-MM-AAAA) :	Numéro de registre national :
Type de prélèvement : <input type="checkbox"/> Swab buccal (e-Swab)	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
<input type="checkbox"/> Salive (Oracol) <input type="checkbox"/> Sérum	Date de naissance (JJ-MM-AAAA) :
<input type="checkbox"/> Autre type de prélèvement :	Nationalité :
Remarques :	Code postal :

Données médicales (obligatoire)

Nombre de doses du vaccin ROR : 0 1 ≥2 Inconnu Date de la dernière dose (JJ-MM-AAAA) :

Début de la fièvre (JJ-MM-AAAA) : Orchitis/Ovaritis : Oui Non Inconnu

Début du gonflement des glandes salivaires : Perte auditive : Oui Non Inconnu

Pancreatitis : Oui Non Inconnu Méningitis : Oui Non Inconnu

Thymitis : Oui Non Inconnu Contact avec un cas Oreillons : Oui Non Inconnu

Autres symptômes :

Séjour à l'étranger (> 3 semaines avant symptômes) : Oui Non Inconnu Destination :

Tests demandés

- Oreillons PCR (salive/swab buccal)
- Oreillons génotypage (salive/swab buccal)
- Oreillons ELISA IgM confirmation (salive/sérum)
- Oreillons ELISA IgG confirmation (salive/sérum)

Résultats du laboratoire demandeur (obligatoire)

<input type="checkbox"/> Oreillons IgM	Type de test :	Cut-Off :	Résultat :
<input type="checkbox"/> Oreillons IgG	Type de test :	Cut-Off :	Résultat :

