

## CENTRE DE RÉFÉRENCE POUR PATHOGÈNES RESPIRATOIRES

### FORMULAIRE A RENVoyer AVEC L'ÉCHANTILLON AU LABORATOIRE DE RÉFÉRENCE :

Dr. V. Matheussen  
Universitair Ziekenhuis Antwerpen - Microbiologie  
Drie Eikenstraat 655, 2650 Edegem  
Tel 03/821 36 67, Fax: 03/821 38 74, email: referentiecentrum@uza.be

Code labo

#### \*IDENTIFICATION DU LABORATOIRE QUI ENVOIE L'ÉCHANTILLON

Biologiste responsable: .....  
Nom du laboratoire : .....  
Tél. : ..... Fax : .....  
Adresse email: .....  
Médecin prescripteur+ n° INAMI : .....  
.....

#### \*RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT

Nom: .....  
Sexe :         H     F  
Date de naissance : .....  
N° registre national : .....  
Rue + n : .....  
Code postal/Localité : .....  
Nationalité : .....  
Séjour récent à l'étranger :         oui     non  
Si oui, pays ou région : .....

#### \*RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ÉCHANTILLON

Numéro d'identification : .....  
Date de prélèvement : .....  
 Frottis de gorge                                 Expectoration  
 Biopsie (non fixé)                                 LBA  
 Frottis nasopharygé (flocked swab)  
 Aspiration nasopharyngé  
 LCR (*M. pneumoniae*) : teneur en protéines .....mg/dl  
%lymphocytes ..... teneur en glucose .....mg/dl  
Nombre de cellules 0-5    6-10    11-49    >50  
 Frottis conjonctival (adénovirus)  
 Autre : .....  
 Résultat de la coloration de Gram .....  
 Résultat de culture .....

#### AUTRES INFORMATIONS IMPORTANTES

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

**\*Indispensable**

#### \*INFORMATIONS CLINIQUES

Date de début des symptômes :.....  
Antibiothérapie préalable (48h)  
 oui     non     inconnu  
Si oui, lesquels :.....  
Hospitalisation                                 oui     non  
Si oui :     Maladies infectieuses     Soins intensifs  
 Urgence                                         Pédiatrie  
 Autre : .....  
Foyer RX :                                         oui     non     inconnu  
Fièvre     oui     non  
Toux     oui     non  
Conjonctivite                                     oui     non  
Dyspnée     oui     non  
Maladie pulmonaire sous-jacente  
 oui préciser .....     non  
Immunodéficiences                             oui préciser .....     non  
Céphalées                                         oui     non  
Myalgie     oui     non  
Méningite                                         oui     non  
Encéphalite                                       oui     non  
Suspicion d'épidémie :     oui     non  
 Index     contact d'un cas  
Nom index .....  
Relation à l'index .....  
Prise de contact avec le médecin chargé du contrôle des maladies infectieuses dans votre province ou région :  
 oui     non

#### ANALYSES DEMANDÉES POUR LE CNR

PCR *M. pneumoniae* macrolide résistance (si PCR positive)  
 PCR *C. pneumoniae* (si négative pour *M. pneumoniae*, *S. pneumoniae*, influenza, RSV et le patient est hospitalisé pour une infection des voies respiratoires basses)  
 PCR virus respiratoires (uniquement si épidémie) (inclus SARS, MERS et COVID-19)

## CENTRE DE RÉFÉRENCE POUR PATHOGÈNES RESPIRATOIRES

### FORMULAIRE A RENVoyer AVEC L'ÉCHANTILLON AU LABORATOIRE DE RÉFÉRENCE :

Professor Katrien Lagrou  
UZ Leuven, Dienst Laboratoriumgeneeskunde,  
Herestraat 49, B-3000 Leuven

Tel. 016/34.70.98-Fax. 016/34.79.31-Email: katrien.lagrou@uzleuven

Code labo

#### \*IDENTIFICATION DU LABORATOIRE QUI ENVOIE L'ÉCHANTILLON

Biologiste responsable: .....

Nom du laboratoire : .....

Tél. : ..... Fax : .....

Adresse email: .....

Médecin prescripteur+ n° INAMI : .....

.....

#### \*RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT

Nom: .....

Sexe :  H  F

Date de naissance : .....

N° registre national : .....

Rue + n : .....

Code postal/Localité : .....

Nationalité : .....

Séjour récent à l'étranger :  oui  non

Si oui, pays ou région : .....

#### \*RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ÉCHANTILLON

Numéro d'identification :

Date de prélèvement : .....

Frottis de gorge  Expectoration

Biopsie (non fixé)  LBA

Frottis nasopharygé (flocked swab)

Aspiration nasopharyngé

LCR (*M. pneumoniae*) : teneur en protéines .....mg/dl

%lymphocytes ..... teneur en glucose .....mg/dl

Nombre de cellules 0-5 6-10 11-49 >50

Frottis conjonctival (adenovirus)

Autre : .....

Résultat de la coloration de Gram .....

Résultat de culture .....

#### AUTRES INFORMATIONS IMPORTANTES

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

**\*Indispensable**

#### \*INFORMATIONS CLINIQUES

Date de début des symptômes : .....

Antibiothérapie préalable (48h)

oui  non  inconnu

Si oui, lesquels : .....

Hospitalisation  oui  non

Si oui :  Maladies infectieuses  Soins intensifs

Urgence  Pédiatrie

Autre : .....

Foyer RX :  oui  non  inconnu

Fièvre  oui  non

Toux  oui  non

Conjonctivite  oui  non

Dyspnée  oui  non

Maladie pulmonaire sous-jacente

oui préciser .....  non

Immunodéficience  oui préciser .....  non

Céphalées  oui  non

Myalgie  oui  non

Méningite  oui  non

Encéphalite  oui  non

Suspicion d'épidémie :  oui  non

Index  contact d'un cas

Nom index .....

Relation à l'index .....

Prise de contact avec le médecin chargé du contrôle des maladies infectieuses dans votre province ou région :

oui  non

#### ANALYSES DEMANDÉES POUR LE CNR

Respiratoire panel (uniquement si épidémie) (inclus SARS, MERS et COVID-19)

5783  voies respiratoires supérieures 5782  LBA

5784  Aspiration

PCR MERS CoV (uniquement si suspicion spécifique de MERS CoV)

2563  voies respiratoires supérieures 5603  LBA

2528  Aspiration

PCR SARS/COVID-19 (uniquement si suspicion spécifique de COVID-19)

2621  voies respiratoires supérieures 2620  LBA

2622  Aspiration