

## RUBEOLE

!! Depuis 2020, la Belgique a reçu le statut "Rubéole éliminée" de l'OMS. Veuillez vérifier les recommandations sur le dépistage de la Rubéole sur [https://nrchm.wiv-isp.be/fr/centres\\_ref\\_lab/measles\\_et\\_rubellavirus](https://nrchm.wiv-isp.be/fr/centres_ref_lab/measles_et_rubellavirus)

### 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"/> Sérum	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
<input type="checkbox"/> Swab nasopharyngéal (e-Swab)	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) : ..... Début de l'éruption (JJ-MM-AAAA) : .....

Femme enceinte :  Oui  Non  Inconnu Stade de la grossesse (semaines) : .....

Erythème :  Oui  Non  Inconnu - Si oui, type:  Maculopapulaire  Vésiculaire  Autre: .....

Lymphadénopathie :  Oui  Non  Inconnu - Si oui, où : .....

Arthralgie/artritis :  Oui  Non  Inconnu - Si oui, où : .....

Conjunctivitis :  Oui  Non  Inconnu Contact avec un cas Rubéolle :  Oui  Non  Inconnu

Autres symptômes: .....

Séjour à l'étranger (de 14 à 21 jours avant symptômes) :  Oui  Non  Inconnu Destination : .....

### Tests demandés

PCR Rubéole (naso)  Western Blot: détection IgG contre E2-Ag (sérum)

Rubéole ELISA IgM confirmation (sérum)  Rubéole ELISA avidité IgG (sérum)

Rubéole ELISA IgG confirmation (sérum)

### Résultats du laboratoire demandeur (obligatoire)

Rubéole IgM Type de test : ..... Cut-Off : ..... Résultat : .....

Rubéole IgG Type de test : ..... Cut-Off : ..... Résultat : .....