

**CENTRE NATIONAL DE REFERENCE POUR LES INFECTIONS CONGÉNITALES :
TOXOPLASMA GONDII, RUBÉOLE, CYTOMÉGALOVIRUS ET PARVOVIRUS B19**

**PRIERE D'ENVOYER CE FORMULAIRE AVEC L'ECHANTILLON A L'UN DES TROIS
LABORATOIRES**

Dr. M-L. Delforge
Hôpital Erasme – ULB
Service de Microbiologie
Route de Lennik, 808, 1070 Bruxelles
Tél: 02/ 555 66 81
**E-mail: marie-
luce.delforge@erasme.ulb.ac.be**

Dr. D. Piérard
UZ Brussel
Microbiologie en Ziekenhuishygiëne
Laarbeeklaan 101, 1090 Jette
Tél.: 02/477 50 00
E-mail: labomicro@uzbrussel.be

Dr. ir. S. De Craeye (seulement *Toxoplasma gondii*)
Service Pathogènes alimentaires – Sciensano
Direction Maladies infectieuses humaines
Rue Juliette Wytsmans 14, 1050 Bruxelles
Tél: 02/642 55 93
E-mail: Toxo@Sciensano.be

PATHOGÈNES RECHERCHÉS PAR LABORATOIRE :

Toxoplasma CMV Rubéole Parvovirus B19	Toxoplasma CMV Rubéole	Toxoplasma
--	------------------------------	------------

***DONNEES CONCERNANT LE LABORATOIRE QUI ENVOIE L'ECHANTILLON:**

Nom du responsable:
 Nom du laboratoire:
 Service:
 Adresse:
 Code Postal:
 Ville:
 Tél: Fax:

RESERVE AU CENTRE DE REFERENCE

***DONNEES CLINIQUES**

Date du début de la grossesse:.....

Résultats sérologiques obtenus (à fournir obligatoirement) :

Date	Durée de grossesse	IgG	IgM	Autres

Renseignements cliniques:

Traitement:

Résultat échographie:

- Normal
- Anormal
 - Hydrops fœtal
 - Hydrocéphalie
 - Microcéphalie
 - Calcifications intracrâniennes
 - Hyperdensité abdominale
 - Effusion pleurale/péricardique
 - Oligo/hydramnios
 - Retard de croissance intra-utérin
 - Autre :

Résultats sérologie:

- Parvovirus B19 immunisé non-immunisé
- T. gondii* immunisé non-immunisé
- Rubéole immunisé non-immunisé
- CMV immunisé non-immunisé

***DONNEES DU PATIENT**

(Ecrire en lettres capitales ou joindre une demande électronique)

Nom:
 Prénom :
 Date de naissance:.....
 Adresse:

 Données mutuelle :
 Si nouveau-né ou enfant, nom de la mère:

***DONNEES CONCERNANT L'ECHANTILLON**

Numéro d'identification:
 Date de prélèvement:
 Type d'échantillon:

- Liquide Amniotique
- Sang EDTA
- Sérum
- Placenta (min 100g pour toxo)
- Autre:
- Sang Fœtal
- Sang Cordon
- Urine enfant

Analyse demandée pour cause de:

- Séroconversion femme enceinte
- IgM positives sur premier échantillon de sérum femme enceinte
- Développement fœtal anormal
- Follow-up nouveau-né

***ANALYSES DEMANDEES**

Confirmation de sérologie

- CMV B19 Rubéole Toxoplasma


Culture cellulaire (INAMI)

- CMV Toxoplasma

PCR

- CMV B19 Rubéole Toxoplasma (INAMI)

Inoculation à la souris (uniquement réalisée à Sciensano) :

 **A envoyer dans les plus brefs délais dans un récipient hermétique, non congelé sans conservateur ni fixateur**

***Champs obligatoires**