

# CENTRE DE RÉFÉRENCE POUR *BORDETELLA PERTUSSIS*

## DEMANDE CONFIRMATION ANALYSE MOLÉCULAIRE, CULTURE ET TYPAGE DES SOUCHES:



Prière d'envoyer ce formulaire accompagné d'un échantillon respiratoire ou une souche à:

Pr Dr D. Piérard

Tel.: 02/477.50.00 (résultats 02/477.50.30)

UZ Brussel—Microbiologie en Ziekenhuishygiëne

E-mail: labomicro@uzbrussel.be

Laarbeeklaan 101, 1090 Jette

### LABORATOIRE DEMANDEUR:

Nom du responsable: .....

Nom du laboratoire/service: .....

Adresse: .....

.....

Tel.: ..... Fax: .....

E-mail: .....

Nom + prénom du médecin prescripteur: .....

Cachet du médecin prescripteur: .....

### RENSEIGNEMENTS PATIENT:

Votre n° de référence: .....

Nom: .....

Sexe:  H  F  autre/inconnu

Date de naissance: .....

Code postal/localité: .....

Nationalité: .....

N° du registre national: .....

Séjour récent à l'étranger:  oui  non  inconnu

Si oui, veuillez préciser (pays/région): .....

### HISTORIQUE DE VACCINATION:

#### Le patient a-t-il été vacciné?

oui  non  inconnu

Si oui:

Combien de doses a-t-il reçu? .....

Date de la dernière dose: .....

#### HISTORIQUE DE VACCINATION: ENFANT < 12 MOIS

##### La mère a-t-elle été vaccinée pendant sa grossesse?

oui  non  inconnu

Date: .....

### RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:

Date de début des symptômes: .....

Toux?  oui  non  inconnu

Si oui, durée de la toux: .....

Toux accompagnée de:

Quintes de toux paroxysmale:  oui  non

Inspiration sifflante ("whooping"):  oui  non

Vomissements après la toux:  oui  non

Episodes d'apnée chez un nourrisson:  oui  non

Si oui, donnez de détails: .....

Autres symptômes: .....

Contact récent avec un cas confirmé?  oui  non

Si oui, donnez la référence du cas confirmé: .....

Le patient a-t-il déjà fait la coqueluche?  oui  non

Si oui, quand? .....

Le patient a-t-il été hospitalisé?  oui  non

Issue:  décédé (date du décès: .....) )

encore malade  guéri  inconnu

**Remplir OBLIGATOIRE. Le CNR ne peut effectuer l'analyse que s'il s'agit d'un test positif dans votre laboratoire. Dans les autres cas, veuillez-vous adresser à un laboratoire de routine.**

### CONFIRMATION ÉCHANTILLON RESPIRATOIRE: (pour PCR et culture, seulement pour confirmation de détection positive)

N° d'identification: .....

Date de prélèvement: .....

Type d'échantillon:  aspiration naso-pharyngée

lavage/rinçage naso-pharyngé

frottis naso-pharyngée

lavage broncho-alvéolaire

aspiration bronchiale

autre (précisez: .....) )

Votre résultat:

Positif avec kit commercial

Précisez le nom du kit: .....

Positif avec test in-house

Précisez le gène ciblé: .....

### CONFIRMATION SOUCHE:

N° d'identification: .....

Nature de l'échantillon: .....

Date d'isolation: .....