

**FORMULAIRE A RENVoyer AVEC L'ECHANTILLON A:**

UZ Leuven, Dienst Laboratoriumgeneeskunde  
 CDG7 staalreceptie  
 Herestraat 49, 3000 Leuven  
 016/34 70 00

Instituut voor Tropische Geneeskunde  
 KRL / Monsterdienst  
 Kronenburgstraat 43/3, 2000 Antwerpen  
 03/345 56 52

**Les prélèvements sont traités pendant les jours ouvrables (entre 8h/8h30 et 17h)**

**IDENTIFICATION DU LABORATOIRE QUI ENVOIE L'ECHANTILLON**

Nom du responsable: .....  
 Nom du laboratoire: .....  
 Tél: ..... Fax: .....  
 Adresse e-mail: .....  
 Médecin prescripteur+ n° INAMI: .....  
 .....

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT**

Nom: .....  
 Sexe:  H  F  
 Date de naissance: .....  
 N° registre national: .....  
 Rue + n: .....  
 Code postal/Localité: .....  
 Nationalité: .....  
 Statut vaccinal variole:  oui  non

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ECHANTILLON**

Frottis lésion cutanée  
 Numéro d'identification: .....  
 Date de prélèvement: .....  
 Location de la lésion: .....  
 Frottis gorge  
 Numéro d'identification: .....  
 Date de prélèvement: .....  
 EDTA sang  
 Numéro d'identification: .....  
 Date de prélèvement: .....  
 Frottis rectal (en cas de lésions rectales ou anales)  
 Numéro d'identification: .....  
 Date de prélèvement: .....

**Envoyer les échantillons réfrigérés si conservés à +4°C. Si congelé, envoyer sur de la neige carbonique.**

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES**

**Hospitalisation**  oui  non  
 Date de début des **symptômes généraux**: .....  
 Fièvre  oui  non  
 Céphalée  oui  non  
 Myalgie  oui  non  
 Fatigue  oui  non  
 Lymphadénopathie  oui  non  
 Autres, si oui, lesquels: .....  
**Lésions cutanées**  oui  non  
 Date de début des **lésions cutanées**: .....  
 Localisation de la lésion:  Mains  Pieds  
 Zone génitale  
 Autre: .....  
**Complications**  oui  non  
 Si oui, lesquelles: .....

**Critères supplémentaires définition de cas:**

Contact avec un cas confirmé:  oui  non  
 Lien avec événement/comportement (à risque):  oui  non  
 Si oui, spécifier: .....  
 Historique de voyage pays endémique:  oui  non  
 Si oui, spécifier le pays: .....

**PCR VIRUS DE LA VARIOLE DU SINGE**

**Analyse de préférence:**  Frottis lésion cutanée  
 En absence de lésions cutanées, ou si résultat non concluant sur base du frottis de la lésion cutanée, on analyse en plus:  
 un frotti de gorge  
 un frotti rectal (en cas de lésions rectales ou anales)  
 EDTA sang  
**Analyses et résultats déjà effectués par le labo de transmission:**  
 Virus varicelle-zona: .....  
 Virus herpes simplex: .....  
 Dépistage de MST: spécifier les agents et résultats: .....