

**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

Code labo

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

**\*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 nasopharyngé (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***\*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**

Panel respiratoire (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

**\*Indispensable**