Laboratoire de Référence pour *LEISHMANIA*

FORMULAIRE À RENVOYER AVEC L'ÉCHANTILLON AU LABORATOIRE DE RÉFÉRENCE

Dr. M. VAN ESBROECK
Institut de Médecine Tropicale – Laboratoire Clinique de Référence (KRL)
Kronenburgstraat 43/3 - 2000 Anvers (Belgique)
Tél. : 03/247.64.45 / Fax : 03/247.64.40 / E-mail : mvesbroeck@itg.be

***DONNÉES SUR LE LABORATOIRE QUI ENVOIE L'ÉCHANTILLON**

Nom du responsable : .....
Nom du laboratoire : .....
Service : .....
Rue + no.: .....
Code postal + Ville : .....
Tél.: .....
Fax : .....
E-mail : .....

DONNÉES SUR LE PATIENT

*Nom : .....
*Sexe : ❒ H ❒ F
*Date de naissance : .....
*Code postale /Résidence : .....
Nationalité : .....

DONNEES SUR L'ÉCHANTILLON

No. d'identification : .....

Origine :
❒ Biopsie Veuillez préciser : .....
❒ Moelle

*Date de prélèvement : .....

*Echantillonnage ❒ AVANT le traitement
❒ PENDANT le traitement
❒ APRES le traitement

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

❒ Forme cutanée
❒ Forme mucocutanée
❒ Forme cutanée + mucocutanée
❒ Forme viscérale

Début (mois/année) : .....

RENSEIGNEMENTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES

*Infection probablement attrapée en :
Pays : .....
Localité : .....
Autres zones endémiques visitées : .....
.....
Pays de résidence: .....
Raison de voyage:
❒ Immigrant
❒ Touriste
❒ VFR (visiting friends and relatives)
❒ Militaire
❒ Expat/ voyage d'affaire
❒ Traitement médical à l'étranger
❒ Autre: .....
❒ Inconnue

Quels résultats pouvez-vous recevoir de nous ?

1. **Examen microscopique direct**
2. **PCR en temps réel (détection de Leishmania sp.)**
3. **Identification des espèces (si la PCR est positive)**

(*) Obligatoire à remplir