**SURVEILLANCE DES MALADIES INFECTIEUSES**
**Laboratoire de Référence pour *PLASMODIUM***


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


**A ENVOYER :**

- 1 goutte épaisse non colorée
- 2 frottis de sang non colorés
- 2,5 ml de sang EDTA

Analyse dans le cadre de : ❒ Diagnostique (urgent) ❒ Référence objective (pas urgent)

**DONNEES SUR LE LABORATOIRE**

Nom : .....

Nom du laboratoire : .....

Service : .....

Adresse : .....

……

……

Personne de contact pour le résultat : ……

Nom : ……

Téléphone : ……

Fax : ……

E-mail : ……

**DONNEES SUR LE PATIENT**

Nom : ……..

Sexe : ❒ H ❒ F

Date de naissance : .....

Code postal/Localité : .....

**Quels résultats pouvez-vous attendre de nous :**

1. Confirmation du diagnostic de malaria.
2. Identification de l'espèce, parasitémie et stades.
3. Test antigène.
4. PCR (si microscopie positive et / ou test Ag positive ou pour confirmer votre résultat PCR).

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'INFECTION**

Infection probablement attrapée en :

Pays : .....

Chimioprophylaxie : ❒ Oui ❒ Non

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ECHANTILLON**

Numéro d'identification : ……

Date de prélèvement : ……

**VOS RESULTATS**

- Goutte épaisse :
  ❒ Positive ❒ Négative ❒ Douteuse
- Espèce :
  ❒ *Plasmodium falciparum*
  ❒ *Plasmodium vivax*
  ❒ *Plasmodium ovale*
  ❒ *Plasmodium malariae*
  ❒ Pas de différenciation possible
- Stades :
  ❒ Trophozoïtes
  ❒ Schizontes
  ❒ Gamétocytes
- Parasitémie : .....
- Test antigène :
  Type de test : ……
  Résultat : ……
- PCR :
  Type de test : ……
  Résultat : ……