CENTRE DE RÉFÉRENCE POUR MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

Formulaire de demande pour le DÉTECTION/ GÉNOTYPAGE de MPXV

FORMULAIRE A RENVOYER AVEC L'ÉCHANTILLON AU CENTRE DE RÉFÉRENCE

Phm. D. VAN DEN BOSSCHE
Institut de Médecine Tropicale – Laboratoire de Référence Clinique (KRL)
Kronenburgstraat 43/3 - 2000 Anvers (Belgique)
Tél : 03/247.64.45 / Fax : 03/247.07.89 / E-mail : krl-admin@itg.be

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 ❒ Inconnue

Transgenre : ❒ Non ❒ H vers F ❒ F vers H
❒ Inconnue

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'ECHANTILLON

Numéro d'identification : .....

Date de prélèvement : .....

❒ Frottis des lésions en fonction du tableau clinique :

- ❒ Peau: location : .....
- ❒ Anal
- ❒ Oral
- ❒ Génital

❒ Autres prélèvements/frottis en fonction du tableau clinique:

- ❒ Salive
- ❒ Frottis de gorge
- ❒ Urine
- ❒ Autre : .....

❒ Indiquez s'il s'agit d'un extrait d'ADN

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Statut vaccinal variole: ❒ Oui ❒ Non

Symptômes généraux : ❒ Oui ❒ Non

Date de début des symptômes généraux : .....

Lésions cutanées : ❒ Oui ❒ Non

Localisation de la lésion : ❒ Mains ❒ Pieds
❒ Zone génitale
❒ Zone anorectale
❒ Autre : .....

Date de début de la lésion : .....

RENSEIGNEMENTS EPIDEMIOLOGIQUES

Transmission probable :

❒ Sexuelle ❒ Interhumaine (non-sexuelle)

❒ Mère-à-enfant ❒ Professionnel de santé

❒ Inconnue

❒ Autre : .....

Contact avec un cas confirmé : ❒ Oui ❒ Non

Lien avec événement/comportement (à risque) : ❒ Oui ❒ Non

Si oui, spécifier : .....

Orientation sexuelle :

❒ Hétérosexuelle ❒ Bisexuelle

❒ Homosexuelle ❒ Inconnue

Statut vih :

❒ Négatif

❒ Positif

❒ Premier diagnostic

❒ Inconnu

Usage de la PrEP* **(<12 mois) :**

❒ Oui

❒ Non

❒ Inconnu

ANALYSES

❒ Détection MPXV (suivie d'un typage de la clade si positif)

❒ Typage de la clade mpox (indiquez votre propre résultat) :

.....

*Prophylaxie Pré-Exposition de vih