CENTRE DE REFERENCE POUR LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

Formulaire de demande pour DÉTECTION, CONFIRMATION et DÉTERMINATION de la RÉSISTANCE de *MYCOPLASMA GENITALIUM*

***Code du labo Sciensano**

FORMULAIRE A RENVOYER AVEC L'ECHANTILLON AU CENTRE DE REFERENCE

Phm. D. VAN DEN BOSSSCHE
Institut de Médecine Tropicale - Laboratoire de Référence Clinique (KRL)
Kronenburgstraat 43/3 - 2000 Anvers (Belgique)
Tél : 03/247.65.52 - 03/247.64.45 / Fax : 03/247.07.89 / E-mail : dvandenbossche@itg.be

*Identification du laboratoire qui envoie l'échantillon

Nom biologiste : .....
Nom du laboratoire : .....
Adresse : .....
Code postal/domicile : .....
Tél : ..... Fax : .....
E-mail : .....
Nom + n° INAMI du médecin prescripteur : .....
.....

Cadre Réservé au centre de référence

Données du patient

*Nom : .....
*Sexe : ❒ M ❒ F ❒ Autre ❒ Inconnu
*Transgendre : ❒ H vers F ❒ F vers H ❒ Inconnu
*Date de naissance : .....
*Numéro registre national : .....
*Code postal/domicile : .....
*Pays de naissance : .....
Profession : .....
Nationalité : .....
Séjour récent à l'étranger : ❒ Oui ❒ Non
Si oui, pays ou région : .....

Renseignements concernant l'échantillon

Identification probable : .....

*Numéro d'identification : .....

* Le résultat pour Chlamydia (Ct)/Gonorrhée (Ng) est-il connu ? ❒ Oui ❒ Non

* Si oui, quel est le résultat ?
❒ Ct/Ng négatif ❒ Ct positif/Ng négatif
❒ Ct/Ng positif ❒ Ng positif/Ct négatif

*Basée sur :
❒ Isolation ❒ PCR
❒ Autre: .....

*Origine :
❒ Sécrétion urétrale
❒ Sécrétion génitale
❒ Sécrétion vaginale
❒ Sécrétion anale
❒ Pharyngée
❒ Urine
❒ Autre : .....

Date du prélèvement : .....

*Données cliniques et épidémiologiques

Symptômes :
❒ Urétrite
❒ Cervicite
❒ PID
❒ Préciser : .....

Primo-infection : ❒ Oui ❒ Non ❒ Inconnu

Transmission probable :
❒ Hétérosexuelle
❒ Homosexuelle
❒ Bisexuelle
❒ Travailleur du sexe
❒ Contact avec un travailleur du sexe
❒ Inconnu

Statut VIH :
❒ Négatif
❒ Positif
❒ Premier diagnostic
❒ Inconnu

Usage de la PrEP[1] (<12 mois) :
❒ Qui
❒ Non
❒ Inconnu

Co-infections :
❒ Aucune
❒ Gonorrhoeae
❒ Chlamydia
❒ LGV
❒ Hépatite C
❒ Syphilis
❒ Verrues génitales
❒ Herpès génital
❒ Trichomonas vaginalis
❒ Hépatite B
❒ Ureaplasme
❒ Inconnu
❒ Autre : .....

Traitement : .....
.....

* A COMPLETER ABSOLUMENT

[1] Prophylaxie Pré-Exposition de VIH