

CENTRE DE RÉFÉRENCE *BARTONELLA*

FORMULAIRE ** À RENVoyer AVEC L'ÉCHANTILLON AU CENTRE DE RÉFÉRENCE :

Cliniques Universitaires St Luc - Laboratoires

Av. Hippocrate, 10, 1200 Bruxelles

Tel: 02/674 67 00 - Fax: 02/7646933

E-mail : benoit.kabamba@uclouvain.be

***IDENTIFICATION DU LABORATOIRE QUI ENVOIE
L'ÉCHANTILLON**

Nom du laboratoire : Microbiologie CHU Liège

Biologiste responsable : MP Hayette

Tél. : 043232290 Fax : 043232299

Adresse email : micromed@uliege.be

Médecin prescripteur :

N° INAMI :

CADRE RÉSERVÉ AU CENTRE DE RÉFÉRENCE

***INFORMATIONS CLINIQUES**

Date de début des symptômes :

Symptômes :

☐ Adénopathie

☐ Endocardite

☐ Angiomatose bacillaire

☐ Fièvre

☐ Conjonctivite

☐ Autres. Spécifiez:

***INFORMATIONS ÉPIDÉMIOLOGIQUES**

☐ Contact avec chat. Date :

☐ Piqûre de puces de chat ou de chien. Date

☐ Morsure de tique. Date

☐ Contacts avec poux. Date

☐ Contacts avec phlébotomes. Date

☐ Traitement avant prélèvement diagnostique.

☐ Autres données épidémiologiques :

***ANALYSES DEMANDÉES (*FCNRBAR*)**

Sérum

☐ Sérologie diagnostique

CHAIGG ☐ Bartonella henselae IgG

CHAIGM ☐ Bartonella henselae IgM

Biopsie/Sang EDTA/liquide de ponction

☐ PCR - *Diagnostic moléculaire*

BARADN ☐ Bartonella PCR

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT

*Nom/prénom :

*Sexe : ☐ H ☐ F

*Date de naissance (ou âge) :

*Adresse :

*Code postal/Localité :

Nationalité :

N° national :

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT
L'ÉCHANTILLON**

*Numéro d'identification :

*Nature :

☐ Sérum

☐ Sang-EDTA

☐ Biopsie ou ponction spécifier :

☐ Autre:

*Date de prélèvement :

*TESTS EFFECTUES PAR LE LABORATOIRE

DEMANDEUR? ☐ Oui ☐ Non

Nom de votre test :

Votre Résultat :

*** Renseignements indispensables**

****Requis pour le financement dans le cadre des CNR**

