

FORMULAIRE A RENVoyer AVEC L'ÉCHANTILLON AU CENTRE DE RÉFÉRENCE:

UZ Leuven - Dienst Laboratoriumgeneeskunde (NRC)

Herestraat 49 - 3000 Leuven

Tel. 016 34 70 00

prof. dr. Marc Van Ranst

marc.vanranst@uzleuven.be

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

Nom du responsable: Dr. P. Beckers.....

*Nom du laboratoire: Laboratoire de Sérologie.....

Tél: 04.323.22.90..... Fax: 04.323.22.99.....

Adresse email: micromed@uliege.be.....

*Nom du médecin demandeur:

+ N° INAMI:

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT

*Nom:

*Sexe: ☐ H ☐ F ☐ Inconnu

*Date de naissance:

* N° registre national:

*Adresse:

*Code postal + localité:

Nationalité:

*Séjour récent à l'étranger: ☐ Oui ☐ Non

Si oui, pays ou région:

date: / /

*** RENSEIGNEMENTS CONCERNANT
L'ÉCHANTILLON**

N° d'identification:.....

Date de prélèvement: / /

*** Indispensable**

*** ANALYSES DEMANDÉES**

2373 ☐ Virus Hanta IgG (sang)

2374 ☐ Virus Hanta IgM (sang)
(comprend Puumala/Dobrava/Hantaan sérotype)

2384 ☐ Test rapide Puumala virus IgM (Virus Hanta) (sang)
(uniquement en cas d'urgence et après contact avec le labo)

5764 ☐ Virus Hantavirus PCR (comprend Virus Hanta IgG/IgM)
En cas de séjour récent à l'étranger, la PCR Pan-hantavirus est
réalisée ; dans le cas contraire, uniquement la PCR Puumala
virus est réalisée.

5770 ☐ Virus Hanta Immunoblot (sang)
(comprend, outre le sérotype Puumala/Dobrava/Hantaan,
également les sérotypes Séoul et Sin Nombre)

☐ Test de neutralisation
(uniquement en cas d'échantillon convalescent)

INFORMATIONS CLINIQUES

*Date du début des symptômes: / /

*Symptômes:

☐ Fièvre

☐ Hématurie

☐ Myalgie

☐ Lombalgies

☐ Céphalées

☐ Dialyse

☐ Myopie aiguë

☐ Reins gonflés
(≥ 13 cm Ø)

☐ Vomissement et/ou diarrhée

☐ Protéinurie

*Hospitalisation: ☐ Oui ☐ Non

Si oui, date d'hospitalisation: / /

Oligurie:..... ml/24h Cholesterol:..... mg%

Trombocytes:..... /mm3 HD :..... mg%

Créatinine :..... mg% Triglycérides:..... mg%

ALT:..... U/l GPT:..... U/l

Sodium sérique: mmol/L CRP: mg/dL