

CENTRE DE REFERENCE POUR ANAPLASMA PHAGOCYTOPHILUM

FORMULAIRE A RENVOYER AVEC L'ECHANTILLON AU LABORATOIRE DE REFERENCE :

Centre National de Référence
Laboratoire de Biologie Clinique
Hôpital Militaire Reine Astrid
Rue Bruyn 1, 1120 Neder-over-Heembeek
Tel : 02/443 20 85 Fax : 02/443 91 04
E-mail : NOH.labo@mil.be

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

Nom du responsable :
Nom du laboratoire :
Service :
Adresse :
Code postal + localité :
Tel : Fax :
E-mail :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT

Nom et prénom :
Sexe : M F inconnu
Date de naissance :
Code postal/localité :
Nationalité :
Séjour récent à l'étranger : oui non inconnu
Si oui, pays ou région :
Hospitalisation : oui non inconnu
Nom de l'institution :

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT
L'ECHANTILLON**

Numéro d'identification :
Date et heure de prélèvement : .../.../....
Type d'échantillon :
 Sérologie : min. 1 mL de sérum
 PCR : min. 3 mL de sang K₂-EDTA
 Détection microscopique : frottis sanguin (non coloré)

CADRE RESERVE AU CENTRE DE REFERENCE

INFORMATIONS CLINIQUES

Date début symptômes :/...../.....

Exposition récente aux tiques :

oui non inconnu

Antibiothérapie préalable:

Fièvre
 Céphalées Myalgies
 Leucopénie Thrombocytopénie Anémie
 Elévation transaminases
 Nausées Vomissements
 Rash
 Autre:

ANALYSES DEMANDEES

Sérologie : IgG et IgM
 PCR (en cas d'infection récente, de préférence avant traitement)
 Détection microscopique sur frottis (en cas d'infection récente, de préférence avant traitement)