



Laboratoire de référence national de *Tropheryma whipplei*

Veillez envoyer ce formulaire avec l'échantillon:
OLV Ziekenhuis – Laboratoriumgeneeskunde microbiologie
Moorselbaan 164, 9300 Aalst
Tel.: 053/724274 / Fax: 053/724588

Données de laboratoire de transfert

Nom du responsable:
Nom du laboratoire:
Adresse:
Tel: Fax:
E-mail:

Données du patient

Nom:
Sexe: Homme Femme Autre
Date de naissance:
Adresse:
Nationalité:
Profession:

Données cliniques

Le patient est-il hospitalisé:

Oui Non Inconnu

Si oui, département:

Présentation clinique:

(Suspectée) maladie de Whipple classique

Suspectée de neuro-Whipple

(Suspectée) infection chronique localisée

Localisation:

Symptômes:

Arthralgies Amaigrissement

Fièvre Fatigue

Diarrhée Plaintes neurologiques

Autres plaintes gastro-intestinales

Autre:

Date de l'apparition des symptômes:

.....

Analyse effectuée

PCR *T. whipplei*

■ Facturation au laboratoire de transfert: 65 euros facturés une fois par patient et par période de trois mois

TAT: max. 14 jours

Données de l'échantillon

Nom du médecin demandeur:

N° INAMI du médecin demandeur:

Type d'échantillon	Numéro d'échantillon	Date	Résultat PAS
Selles			s.o.
Salive			s.o.
Urine (premier jet, +/- 10mL)			s.o.
Biopsie duodénale*			
LCR (min 500µL)			
Biopsie valve cardiaque*			
Autre:			

*Biopsie: pas de fixation ni de paraffine, evt. dans de l'eau

Données supplémentaires

Le patient est-il déjà traité avec des antibiotiques?

Oui Non Inconnu

Si oui, quelle classe;

Céphalosporines Hydroxychloroquine

Co-trimoxazole Tétracyclines

Autre:

Antibiotique:

De à

Diagnostics supplémentaires

Echantillons précédents:

Oui Non Inconnu

Type d'échantillon:

Coloration PAS:

Positif Négatif Inconnu

PCR:

Positif Négatif Inconnu

Résultat d'autres examens (échocoeur, gastroscopie...)

.....