

DEMANDE D'ANALYSE POUR LE TETANOS HUMAIN

CENTRE NATIONAL DE REFERENCE POUR *CLOSTRIDIUM BOTULINUM*, *CLOSTRIDIUM PERFRINGENS* ET *CLOSTRIDIUM TETANI*

FORMULAIRE A ENVOYER AVEC L'ECHANTILLON AU LABORATOIRE



Service des PATHOGENES ALIMENTAIRES

Rue Juliette Wytzman, 14
1050 Ixelles

PhD. Tom Van Nieuwenhuysen

Tél. 02/642 51 04 ou 5111

Tél. labo 02/642 51 09

Fax. 02/642 56 92

Tom.Vannieuwenhuysen@Sciensano.be

Botulisme@Sciensano.be

LABORATOIRE DE

MICROBIOLOGIE MEDICALE

Dr. A. Vodolazkaia

Dr. M Mukovnikova

Biologistes Cliniques

Tél. 02/642 51 11

IDENTIFICATION DU LABORATOIRE QUI ENVOIE L'ECHANTILLON

Nom du prestataire :

Nom du laboratoire :

Adresse :

CP, Localité :

Tél. : Fax. :

Adresse e-mail :

Médecin prescripteur + N°INAMI :

.....

Date de prescription :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT

Nom et prénom :

Sexe : M F Date de naissance :

Numéro de registre national :

Adresse :

Code Postal :

Nationalité :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ECHANTILLON

Type de prélèvement :

Votre numéro de référence:

Date de prélèvement :

DONNEES DE VACCINATION

Le patient a-t-il récemment reçu des immunoglobulines ? Oui Non

Si oui : dose date :

Le patient a-t-il été vacciné contre le Tétanos ? Oui Non Inconnu

Si oui :

- Date de la dernière vaccination

- Vaccination de base reçue

Oui Non Inconnu

- Rappel décennal reçu

Oui Non Inconnu

ANALYSES SOUHAITEES – CHAMP OBLIGATOIRE

Titrage d'anticorps antitétaniques (ELISA compétitif et quantitatif)

Contrôle du statut vaccinal

Suspicion d'immunodéficiences

Echantillon avant vaccin Echantillon après vaccin

Diagnostic du tétanos : détection de la toxine tétanique dans le sérum (Test *in vivo*)

Date : Signature du biologiste :