

Le CNR pour *Bordetella pertussis* n'effectue la sérologie de la Coqueluche que dans le cadre d'un diagnostic. Ce formulaire DOIT être dûment complété pour toute demande d'analyse d'anticorps contre la toxine de pertussis. **Les paramètres en couleur sont OBLIGATOIRES**, pour que l'analyse puisse se faire.

**CENTRE DE RÉFÉRENCE POUR BORDETELLA PERTUSSIS**

**FORMULAIRE A RENVoyer AVEC L'ÉCHANTILLON AU LABORATOIRE DE RÉFÉRENCE**

<b>PCR &amp; CULTURE et CONFIRMATION &amp; TYPAGE DES SOUCHES</b>	<b>ANTICORPS CONTRE LA TOXINE DE PERTUSSIS</b>
Prof. Dr. D. Piérard UZ Brussel Microbiologie en Ziekenhuishygiëne Laarbeeklaan 101, 1090 Jette Tél.: 02/4775000 E-mail: labomicro@uzbrussel.be	Dr. Huygen Kris ISP Service Immunologie Rue Engeland 642, 1180 Brueelles Tel.: 02/3733376/ Fax : 02/373 33 67 E-mail: caroline.rodeghiero@wiv-isp.be

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

Nom du responsable : .....

Nom du laboratoire : .....

Service : .....

Adresse : .....

Code postal + localité : .....

Tél. : ..... Fax : .....

Adresse email: .....

**CADRE RÉSERVÉ AU CENTRE DE RÉFÉRENCE**

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT**

Nom (initiales/autre code) : .....

Sexe :  H  F  inconnu

Date de naissance (ou âge) : .....

Code postal/Localité : .....

Nationalité : .....

Séjour récent à l'étranger :  oui  non  inconnu

Si oui, pays ou région : .....

**INFORMATIONS CLINIQUES**

Date de début des symptômes : .....

Toux :  oui  non  inconnu

Durée de toux :  semaine  jours

Accompagné de :

Quintes de toux paroxysmale :  oui  non

Inspiration sifflante ("whooping") :  oui  non

Vomissements après la toux :  oui  non

Episodes d'apnée chez un nourrisson :  oui  non

Si oui, donnez des détails : .....

Contact asymptomatique d'un cas confirmé :  oui  non

Si oui, donnez les références du cas : .....

Le patient a-t-il été hospitalisé ?  oui  non

Autres symptômes : .....

Issue :  décédé  date de décès : .....

encore malade  guéri  inconnu

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ÉCHANTILLON**

Echantillon respiratoire (à envoyer à UZ Brussel)

Numéro d'identification : .....

\*Date de prélèvement : .....

Type d'échantillon:  aspiration nasofaryngée  
 lavage nasofaryngé  
 rinçage nasofaryngé  
 frottis nasofaryngé  
 autre (non conseillé), précisé.....

**Souche (à envoyer à l'UZ Brussel)**

Numéro d'identification : .....

Date d'isolation : .....

Isolé de .....

**Serum (à envoyer à ISP, rue Engeland)**

Numéro d'identification : .....

Date de prélèvement : .....

Un premier échantillon examiné  oui  non

Si oui : Référence : .....

Date : .....

**Historique de vaccination**

Le patient a-t-il été vacciné :  oui  non  inconnu

Si oui, combien de doses : .....

Date de la dernière dose : .....

**Nom + prénom du médecin prescripteur :**

.....

**Cachet du médecin prescripteur :**