

LABORATOIRE DE RÉFÉRENCE POUR ECHINOCOCCOSES

FORMULAIRE A ENVOYER AVEC L'ÉCHANTILLON AU LABORATOIRE DE RÉFÉRENCE

Professeur Marie-Pierre HAYETTE

CHU de Liège, Service de Microbiologie Clinique

Avenue de l'Hôpital, 1 - Tour 6 (2^{ème} étage) – Route 657 - 4000 Liège (BE)

Tél. 04/323.22.92 - Secrétariat 04/323.22.90 - Fax 04/323.22.99

Email : mpayette@chuliege.be - Site : www.chuliege.be/LNRBE

*IDENTIFICATION DU LABORATOIRE QUI ENVOIE L'ÉCHANTILLON

*Nom du responsable :

*Nom du laboratoire :

*Adresse (ou cachet) :

Code postal + localité :

N° d'agrégation :

Tél. : Fax :

Adresse Email contact :

*Nom du médecin demandeur :

et N° INAMI :

CADRE RÉSERVÉ AU CENTRE DE RÉFÉRENCE

Date d'arrivée du prélèvement :

N° de Réf.

INFORMATIONS CLINIQUES

*Localisation : ☐ Foie ☐ Poumon ☐ autre :

*Préciser les symptômes observés :

☐ Douleur (préciser):

☐ Amaigrissement ☐ Asthénie ☐ Ictère ☐ Fièvre ☐ Toux

☐ Asymptomatique ☐ Autre:

*Imagerie évocatrice : ☐ Echographie ☐ Scanner ☐ IRM

*Pathologie sous-jacente :

☐ Immunodépression :

☐ Cancer ☐ Ethylisme chronique ☐ Diabète

☐ Autre :

*Traitement : ☐ Non ☐ Inconnu

☐ Albendazole date début :

☐ Chirurgie date :

☐ Autre:

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT

*Nom (initiales/autre code) :

*Sexe : ☐ H ☐ F

*Date de naissance :

*Code postal/Localité :

Lieu de naissance:

Pays d'origine :

Date d'arrivée en Belgique:

Voyages en zone d'endémie :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ÉCHANTILLON

*Numéro d'identification :

*Nature :

☐ Sérum N°.....

☐ Tissu ☐ Foie ☐ Autre :

☐ Biopsie

☐ Pièce chirurgicale fraîche

☐ Coupe paraffinée

*Date de prélèvement :

*Indispensable

INFORMATIONS ÉPIDÉMIOLOGIQUES

Echinococcose alvéolaire ☐

☐ Chien ☐ Chat ☐ Renards aux abords du jardin ☐ Potager

Manger : ☐ baies sauvages et/ou ☐ champignons des bois

☐ Habiter en zone rurale

Profession/loisir: ☐ Agriculteur ☐ Forestier ☐ Chasseur

Echinococcose kystique (kyste hydatique) ☐

☐ Contacts avec chiens de berger

☐ Habitat zone d'élevage ☐ autre :

ANALYSES DEMANDÉES

☐ Sérologie *Echinococcus multilocularis* (ELISA + Western Blot)

☐ Sérologie *Echinococcus granulosus* (CLIA + Western Blot)

(1 tube sec minimum 5ml)

☐ Suivi sérologique *E.multilocularis* sous traitement (ELISA)

☐ PCR *Echinococcus* (*E. multilocularis*+*E. granulosus sensu lato*)

sur biopsie, liquide biologique, ... (pas sur sang)

AUTRES INFORMATIONS IMPORTANTES

☐ Premier screening ☐ récurrence ☐ suivi

Commentaires: