

## Laboratoire de Référence pour *LEISHMANIA*

### FORMULAIRE À RENOYER AVEC L'ÉCHANTILLON AU LABORATOIRE DE RÉFÉRENCE: Dr. M. VAN ESBROECK

Institut de Médecine Tropicale – Laboratoire Clinique de Référence (KRL)  
Kronenburgstraat 43/3 - 2000 Anvers (Belgique)  
Tél. : 03/247.64.45 / Fax : 03/247.64.40 / E-mail : [mvesbroeck@itg.be](mailto:mvesbroeck@itg.be)

#### \*DONNÉES SUR LE LABORATOIRE QUI ENVOIE L'ÉCHANTILLON

Nom du responsable : .....  
Nom du laboratoire : .....  
Service : .....  
Rue + no.: .....  
Code postal + Ville : .....  
Tél.: .....  
Fax : .....  
E-mail : .....

#### RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

- forme cutanée  
 forma mucocutanée  
 forme viscérale

Début (mois/année) : .....

#### DONNÉES SUR LE PATIENT

\*Nom : .....  
\*Sexe :        H    F  
\*Date de naissance : .....  
\*Code postale /Résidence : .....  
Nationalité : .....

#### RENSEIGNEMENTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES

\*Infection probablement attrapée en :

Pays :

Localité : .....

Autres zones endémiques visitées : .....

.....

#### DONNÉES SUR L'ÉCHANTILLON

No. d'identification : .....  
Origine :  
 biopsie       Veuillez spécifier : .....  
 moelle  
  
\*Date de prélèvement : .....  
  
\*Echantillonnage    AVANT le traitement  
                          PENDANT le traitement  
                          APRES le traitement

Quels résultats pouvez-vous recevoir de nous ?

1. Examen microscopique direct
2. PCR en temps réel ( détection de *Leishmania* sp.)
3. Identification des espèces (si la PCR est positive)

(\* *Obligatoire à remplir*)