

ABTEILUNG INFektionsDIAGNOSTIK
SCHWEIZ. REFERENZLABOR FÜR POLIOMYELITIS



Petersplatz 10 CH-4009 Basel
Labor Tel. 061 207-3279
 Fax 061 207-3298
PD Dr. R. Gosert Tel. 061 207-3292
Email: Rainer.Gosert@unibas.ch

Formulaire d'envoi

Isolement du virus de la Polio

Confirmation d'isolement du virus de la Polio

Patient/e: Nom: _____ Date de naissance: _____

Adresse: _____

Diagnostic clinique: _____

Materiel: Selles Isolement sur culture cellulaire

(2 échantillons de selles, espacés de 24 à 48 heures. Autre Materiel sur demande.)

Date du prélèvement: _____

Information à donner absolument:

Poliomyélite paralysante aiguë (AFP) Oui Non

Localisation de la paralysie: _____

Début de la maladie: _____

Nombre de vaccin effectué contre la Polio (OPV + IPV): _____

Date du dernier vaccin a) Oral (OPV): _____ b) Injection (IPV): _____

Expéditeur: Nom: _____

Adresse/Hôpital: _____

Tel.: _____

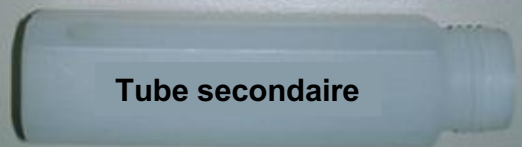
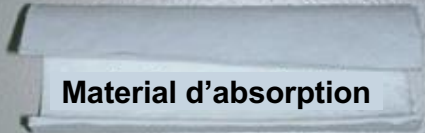
ev. Fax / e-mail: _____

Surveillance de la circulation du virus de la Polio. Dans le cadre de l'éradication de la Poliomyélite, le laboratoire de référence surveille à la demande du BAG et conformément aux directives du WHO, la présence de Poliovirus dans la population habitant en Suisse. Ce faisant tous les cas de suspicion de Polio et tous les cas de Flaccid Paralysis devrait être répertorié. L'examen est gratuit.

Echantillon du patient, emballé 3 fois:

- 1) Tube Primaire
- 2) Pochette d'envoi
- 3) Box ou Sac Plastique refermable

Sur le tube primaire doit impérativement être marqué du nom du patient!



UNIVERSITÄT BASEL
DEPARTEMENT BIOMEDIZIN
HAUS PETERSPLATZ

Departement
Biomedizin
Basel

ABTEILUNG INFektionsDIAGNOSTIK
SCHWEIZ. REFERENZLABOR FÜR POLIOMYELITIS



Petersplatz 10 CH-4009 Basel
Labor Tel. 061 207-3279
Fax 061 207-3298
PD Dr. R. Gosert Tel. 061 207-3292
Email: Rainer.Gosert@unibas.ch

Formulaire d'envoi

Isolement du virus de la Polio
Confirmation d'isolement du virus de la Polio

Patient/ve: Nom: _____ Date de naissance: _____

Adresse: _____

Diagnostique clinique: _____

Materiel: Selles Isolement sur culture cellulaire

(2 échantillons de selles, espacés de 24 à 48 heures. Autre Materiel sur demande.)

Date du prélèvement: _____

**Le formulaire d'envoi de Polio
SVP doit être intégralement
complété !**



**BIOLOGICAL SUBSTANCE
CATEGORY B**

Pochette d'envoi/Box
Au verso coller l'étiquette
numérotée UN3373