

NOM		PRENOM		SEXE	PRELEVEMENT			CODE ORIGINE		Etiquette code à barres du laboratoire	
					Jour	Mois	Année	Heure	Hôp./Clin./Labo.		Salle / Lit
ETIQUETTE PATIENT					Nom, prénom, adresse et code INAMI du médecin prescripteur :						
					Date :/...../..... Signature :						
Date de naissance :					Copie au Dr :						
Jour	Mois	Année	Code patient								
Adresse :											
N° Mutuelle :											
N° Matricule :											

- Antibiothérapie :
- Grossesse, semaines :
- Immunodéficience
- Greffe de.....
- Séjour à l'étranger :
- Hémodialyse

Données cliniques et/ou thérapeutiques complémentaires :

J2200-0511
MQ.A11.17 / Version 2

SEROLOGIE INFECTIEUSE

Agent infectieux le plus fréquemment associé mais pas exclusivement à :
A : Syndrome articulaire - E : Eruption - F : Fièvre-adénopathie - H : Hépatites - N : Syndrome neurologique - R : Syndrome respiratoire.

Sérologie virale tube sec avec gel (2 x 5 ml)

INAMI Prescription maximum : 8 tests.
 TOUT test supplémentaire sera facturé au patient

<input type="checkbox"/> Adenovirus IgG	F,N,R	<input type="checkbox"/> Herpes simplex IgG	E,H,N
<input type="checkbox"/> Adenovirus IgM	F,N,R	<input type="checkbox"/> Herpes simplex IgM	E,H,N
<input type="checkbox"/> Coxsackies + Echovirus	E,F,N,R	Remboursé si immunodéprimé, sinon à charge du patient Immunodéprimé : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Cytomegalovirus IgG	F,H,N,R		
<input type="checkbox"/> Cytomegalovirus IgM	F,H,N,R	<input type="checkbox"/> Herpes 6 IgG	E,F
<input type="checkbox"/> EBV Paul et Bunnell	F,H,E	<input type="checkbox"/> Herpes 6 IgM	E,F
<input type="checkbox"/> EBV IgG	F,H,E	<input type="checkbox"/> HIV 1 (+O) +2	
<input type="checkbox"/> EBV IgM	F,H,E	<input type="checkbox"/> Influenza A IgG	F,R
<input type="checkbox"/> Hépatite A IgM	H	<input type="checkbox"/> Influenza A IgA	F,R
<input type="checkbox"/> Hépatite A Ig totales	H	<input type="checkbox"/> Influenza B IgG	F,R
Hépatite B, Diagnostic :			
<input type="checkbox"/> Antigène HBs	H,A	<input type="checkbox"/> Influenza B IgA	F,R
<input type="checkbox"/> Anti HBs	H,A	<input type="checkbox"/> Oreillons IgG	N
<input type="checkbox"/> Anti HBc	H,A	<input type="checkbox"/> Oreillons IgM	N
Hépatite B, Evolution :			
<input type="checkbox"/> Antigène HBs	H	<input type="checkbox"/> Parainfluenza 1,2,3, IgG	R
<input type="checkbox"/> Antigène HBe	H	<input type="checkbox"/> Parainfluenza 1,2,3, IgA	R
<input type="checkbox"/> Anti HBs	H	<input type="checkbox"/> Parvovirus B19 IgG	E,F,A
<input type="checkbox"/> Anti HBe	H	<input type="checkbox"/> Parvovirus B19 IgM	E,F,A
<input type="checkbox"/> Anti HBc	H	<input type="checkbox"/> Poliovirus (Infection)	N
<input type="checkbox"/> Anti HBc IgM		<input type="checkbox"/> Respiratoire syncytial	R
Hépatite B, Immunité :			
<input type="checkbox"/> Anti HBs		<input type="checkbox"/> Rougeole IgG	E,N
<input type="checkbox"/> Hépatite C	H	<input type="checkbox"/> Rougeole IgM	E,N
		<input type="checkbox"/> Rubéole IgM	E,A
		<input type="checkbox"/> Varicelle-Zona IgG	E,N,R
		<input type="checkbox"/> Varicelle-Zona IgM	E,N,R

Sérologie bactérienne (I) tube sec 5 ml avec gel

INAMI Prescription maximum : 4 tests
 TOUT test supplémentaire sera facturé au patient

<input type="checkbox"/> Antistreptolysines	A
RAA ou arthrite réactionnelle post streptocoque et < 18 ans	
<input type="checkbox"/> oui, remboursé	
<input type="checkbox"/> non, à charge du patient (2,5 €)	
<input type="checkbox"/> Borrelia IgG (Lyme)	E,N,A
<input type="checkbox"/> Borrelia IgM (Lyme)	E,N,A
<input type="checkbox"/> Borrelia confirmation	
<input type="checkbox"/> Brucella - Wright	F
<input type="checkbox"/> Campylobacter	A,F
<input type="checkbox"/> "Griffe de chat" (IgG et IgM)	A,N
A charge du patient (25 €)	
<input type="checkbox"/> Helicobacter pylori	F
Uniquement si diagnostic initial	
<input type="checkbox"/> Legionella pneumophila	
A charge du patient (7,70 €)	
<input type="checkbox"/> Leptospires	R
<input type="checkbox"/> Syphilis screening (VDRL et TPHA faits si screening +)	F
<input type="checkbox"/> Yersinia (O3,O9)	N
A charge du patient (5€)	

Suivi de grossesse tube sec 5 ml avec gel

<input type="checkbox"/> Cytomegalovirus IgG	
<input type="checkbox"/> Cytomegalovirus IgM	
<input type="checkbox"/> Cytomegalovirus Avidité	
Si IgG - IgM présents; à charge du patient (25€)	
<input type="checkbox"/> Parvovirus B19 IgG	
<input type="checkbox"/> Parvovirus B19 IgM	
<input type="checkbox"/> Rubéole IgG	
<input type="checkbox"/> Rubéole IgM	
<input type="checkbox"/> Rubéole Avidité	
Si IgG - IgM présents; à charge du patient (25€)	
<input type="checkbox"/> Syphilis, dépistage spécifique	
Syphilis évolution ou suivi :	
<input type="checkbox"/> Syphilis RPR/VDRL	
<input type="checkbox"/> Syphilis TPHA	
<input type="checkbox"/> Toxoplasmose IgG	
<input type="checkbox"/> Toxoplasmose IgM	
<input type="checkbox"/> Toxoplasmose Avidité	
Si IgG - IgM présents; à charge du patient (25€)	

Sérologie parasitaire tube sec 5 ml avec gel

<input type="checkbox"/> Echinococcus	
<input type="checkbox"/> E. histolytica (Amibiase)	
<input type="checkbox"/> P. falciparum (Malaria)	
<input type="checkbox"/> Toxocara canis	
<input type="checkbox"/> Toxoplasmose IgG	F,N
<input type="checkbox"/> Toxoplasmose IgM	F,N

Anticorps sur LCR

<input type="checkbox"/> Syphilis RPR/VDRL	
<input type="checkbox"/> Syphilis TPHA	
<input type="checkbox"/> Borrelia IgG	
Uniquement si associé à Ac sérique et Ig totales LCR et Serum	
<input type="checkbox"/> Borrelia confirmation Immunoblot	

Sérologie bactérienne (II) tube sec 5 ml avec gel

INAMI Prescription maximum : 5 tests
 TOUT test supplémentaire sera facturé au patient

<input type="checkbox"/> Chlam. pneumoniae IgA	R
<input type="checkbox"/> Chlam. pneumoniae IgG	R
<input type="checkbox"/> Chlam. trachomatis IgA	
<input type="checkbox"/> Chlam. trachomatis IgG	
Infection non urogénitale	
<input type="checkbox"/> oui, remboursé	
<input type="checkbox"/> non, à charge du patient (6,2 €/test)	
<input type="checkbox"/> Coxiella burnetti (Fièvre Q)	F,R
<input type="checkbox"/> Mycopl. pneumoniae IgG	E,F,R
<input type="checkbox"/> Mycopl. pneumoniae IgM	E,F,R
<input type="checkbox"/> Rickettsia	E,F

!! compte pour 2 tests !!

Demande spéciale

RECHERCHE ET IDENTIFICATION D'AGENTS INFECTIEUX

VOIES URINAIRES

- Urine mi-jet
- Urine sondée
- Urine - sonde à demeure
- Urine - ponction sus-pubienne
- Urine premier jet
- Urine après massage prostatique
- Autre, préciser :
- Sédiment urinaire (10 ml)
- Examen microscopique (Gram)
- Culture aérobie
- Antibiogramme
- Levures, culture
- Levures, antifungigramme
- Mycobactéries, ex. microsc.
- Mycobactéries, culture (20 ml)
- Mycobactéries, antibiogramme
- Parasites
- CMV, antigène
- Legionella, antigène
- Strept.pneumoniae, antigène
- A charge du patient (18 € par antigène)**
- CMV, PCR**
- Polyomavirus BK, PCR**
- A prescrire sur le formulaire spécifique :**
 - * Chlamydia trachomatis, PCR
 - * Gonocoque, PCR

A charge du patient
40€/test

SANG

- Sang par ponction
- Sang par cathéter
- Moëlle ou cellules souches
- Culture aérobie
- Culture anaérobie
- Champignons-levures, culture
- Antibiogramme
- Cryptocoque, antigène
- Aspergillus, antigène
- Malaria (frottis, g. épaisse)
- Malaria, antigènes
- Parasites, autres :
- sec gel 5 ml**
- EDTA 3 ml**
- A charge du patient 40€/test**
- Aspergillus, PCR**
- CMV, PCR**
- EBV, PCR**
- Polyomavirus JC/BK, PCR**
- A prescrire sur le formulaire spécifique :**
 - * Toxoplasmose, PCR

BIOPSIES, FROTTIS, LIQUIDES

Préférer l'envoi de "matériel" aux frottis

- Biopsie de.....
- Pus de
- Os
- Sinus
- Valve cardiaque
 - aortique mitrale tricuspide
- Frottis, préciser :**
 - Plaie superficielle
 - Plaie suture
 - Cornée
 - Conjonctive
 - Autre :
- Dialysat
- LCR
- Liquide articulaire
- Liquide d'ascite
- Liquide péritonéal
- Liquide pleural
- Liquide de :
- Examen microscopique
- Culture aérobie
- Antibiogramme
- Culture anaérobie
- Antibiogramme
- Champignons, levures
- Antifungigramme
- Mycobactéries, ex. microsc.
- Mycobactéries, culture
- Mycobactéries, antibiogramme
- Parasites
- Cryptocoques, antigène
- Herpes, antigène
- Varicelle-zona, antigène
- PCR sur liquides, prélever un tube supplémentaire :**
- PCR sur frottis, prélever un écouvillon non gelosé supplémentaire :**
 - Aspergillus, PCR**
 - Borrelia, PCR**
 - Méningocoques, PCR**
 - Pneumocoques, PCR**
 - CMV, PCR**
 - A prescrire sur le formulaire spécifique :**
 - * Enterovirus, PCR
 - * Herpes, PCR
 - * Toxoplasme, PCR
 - * Varicelle, PCR

A charge du patient
40€/test

VOIES RESPIRATOIRES

- Frottis de gorge
- Nez
- Strepto. pyogenes A, culture
- MRSA culture dépistage (nez)
- Antibiogramme
- Levures, culture
- Antifungigramme
- Association fuso-spirillaire
- Nasopharynx
 - Virus respiratoire, Ag
 - RSV, Influenza, Parainfluenza et Adenovirus
 - Ag RSV Urgent
 - Influenza PCR (40 € à charge du patient)
- Expectoration
- Aspir. trachéobronchique
- Lavage bronchoalvéolaire
- Tubage gastrique
- Autre, préciser :
- Patient intubé

VOIES DIGESTIVES

- Selles
- Culture aérobie
- Antibiogramme
- Clostridium difficile toxinogènes
- Remboursé si âge patient > 2 ans**
- Parasites
- Cryptosporidium
- Entamoeba histolytica, antigène
- Giardia lamblia, antigène
- Helicobacter pylori, antigène
 - Diagnostic initial et âge > 16 ans et < 50 ans
 - Post traitement arrêté depuis 3 semaines
 - sinon à charge du patient (25 €)**
- Microsporidies
 - Immunodéprimé ? oui
 - sinon à charge du patient (31 €)**
- Adenovirus, antigène
- Rotavirus, antigène
 - Remboursé si âge patient < 2 ans sinon à charge du patient (6,50/test)**
- Norovirus, antigène
 - à charge du patient (10€)**
- Biopsie gastro-duodénale
 - Helicobacter pylori, culture
 - Antibiogramme

TRACTUS GENITAL

- Endocol
- Rectum
- Sperme
- Urètre
- Vagin
- Vagin + rectum (GBS)
- Vulve
- Penis
- Autre, préciser :
- Examen microscopique
- Culture aérobie
- Strepto. B, dépistage prénatal (entre 35-37 sem.; pré. vaginal et rectal)
- Antibiogramme
- Levures, culture
- MRSA culture dépistage (vagin)
- Gonocoque, culture (endocol, rectum, urètre)
- Herpes, antigène
- A prescrire sur le formulaire spécifique :**
 - * Chlamydia/Gonocoque, PCR
 - Milieu de transport particulier : cf. labo.**
 - * Herpes, PCR

DIVERS et MATERIEL ETRANGER

- Peau brûlée
- Préciser l'origine.....
- Peau saine
- Préciser l'origine.....
- Pli axillaire
- Pli inguinal
- Frottis anal
- Cathéter artériel
- Cathéter central
- Cathéter veineux
- Cathéter Hickman
- Port-A-Cath
- Swan-Ganz
- Cathéter autre
- Examen microscopique
- Culture aérobie
- Antibiogramme
- Levures, culture
- Antifungigramme

PHANERES : DERMATOPHYTES

- Cheveux
- Ongle
- Peau
- Examen microscopique
- Champignon, culture
- Levures, culture

A charge du patient
40€/test

* Analyses à prescrire à l'aide du formulaire spécifique

DEMANDES SPECIALES :