

Formulaire de demande de PCR Microbiologie (article 24bis)

NOM :
 Prénom :
 Date de naissance : M / F
 Adresse du patient :

 Mutuelle :

OU coller ici l'étiquette du patient

NOM, prénom, adresse et code INAMI du médecin prescripteur

 Date et signature :

Case réservée au laboratoire

Date d'arrivée :
 Etiquette labo

EDTA	
COAGULE	
CITRATE	
HEPARINE	
SERUM	
AUTRE(S)	
INITIALES	

CYTOMEGALOVIRUS

Détection quantitative du cytomegalovirus dans le sang par PCR

10 ml EDTA*

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Règles diagnostiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Transplantés allogéniques de cellules souches: <input type="checkbox"/> Transplantés d'organe sans traitement prophylactique: <input type="checkbox"/> Transplantés d'organe avec traitement prophylactique: <input type="checkbox"/> Patient infecté par le HIV ou sous thérapie immunosuppressive: <input type="checkbox"/> En dehors de ces critères (42,40 euros) | <p>Fréquence autorisée</p> <p>max 80 fois pendant les 4 mois suivant la transplantation</p> <p>max 23 fois la première année suivant la transplantation et ensuite max 12 fois/an pendant 2 ans</p> <p>max 4 fois/an durant les 3 années suivant la transplantation</p> <p>max 1 fois par prélèvement</p> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

EPSTEIN-BARR VIRUS

Détection quantitative du virus de l'Epstein-Barr dans le sang par PCR

10 ml EDTA*

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Règles diagnostiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Patients séronégatifs ayant bénéficié d'une transplantation d'organe <input type="checkbox"/> Transplantés allogéniques de cellules souches: <input type="checkbox"/> En dehors de ces critères (42,4 euros à charge patient) | <p>Fréquence autorisée</p> <p>maximum 8 fois la première année suivant la transplantation et ensuite maximum 4 fois/an pendant 2 ans</p> <p>max 80 fois pendant les 4 mois suivant la transplantation</p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

POLYOMAVIRUS BK

Détection quantitative du polyomavirus BK dans le sang par PCR

10 ml EDTA*

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Patients ayant bénéficié d'une transplantation rénale <input type="checkbox"/> En dehors de ces critères (42,4 euros à charge patient) | <p>Fréquence autorisée</p> <p>max 4 fois les 2 premières années suivant la transplantation et ensuite max 1 fois/an pendant 1 an</p> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

HEPATITE B

Détection quantitative du virus de l'hépatite B

10 ml EDTA*

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Règles diagnostiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Lors de l'initialisation d'un traitement chez les patients chroniques positifs pour l'antigène HBs. <input type="checkbox"/> Pour le suivi du traitement de patients chroniques positifs pour l'antigène HBs <input type="checkbox"/> Dans le cas de remontée subite des signes d'hépatite chez les patients chroniques HBsAg positifs, sur base des tests hépatiques anormaux. <input type="checkbox"/> En dehors de ces critères (77,12 euros à charge patient) | <p>Fréquence autorisée</p> <p>1 fois, sauf au cours de la première année, au maximum 3 fois</p> <p>Maximum 2 fois/an</p> <p>Maximum 2 fois/an</p> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

(*) = **tubes non ouverts, à envoyer au laboratoire dans la journée du prélèvement**

Cocher ici lorsque les analyses sont demandées en dehors des règles diagnostiques et spécifier ci-après la motivation de votre demande. **Les analyses seront facturées au patient.**

Raison de la demande :

A faire signer par le patient : "Je déclare avoir reçu des informations claires sur l'utilité de réaliser les analyses demandées. Ces analyses n'étant pas remboursées par la sécurité sociale, je marque mon accord pour en supporter le coût qui me sera facturé par le laboratoire"

Date : le .../.../..... Signature :

ENTEROVIRUS (détection qualitative) (57,84 €)		Prélèvement	Fréquence maximum
Règles diagnostiques :			
<input type="checkbox"/> Symptômes de méningite virale ou méningo-encéphalite (LCR dans un tube sec)		LCR	1 fois/épisode
<input type="checkbox"/> Péricardite aiguë ou myocardite		Biopsie cardiaque	2 fois/épisode
<input type="checkbox"/> Diagnostic prénatal d'infection congénitale, si diagnostic échographique de :		Liq. amniotique	1 fois
<input type="checkbox"/> Retard de croissance fœtale			
<input type="checkbox"/> Poly- oligo-hydramnios			
<input type="checkbox"/> Epanchement pleural ou péricardique			
<input type="checkbox"/> Zones hyper-échogènes abdominales			
<input type="checkbox"/> Mort in utero			
HERPES SIMPLEX (détection qualitative) (57,84 €)		Prélèvement	Fréquence maximum
Règles diagnostiques :			
<input type="checkbox"/> Signes de méningite, méningo-encéphalite, encéphalite, myélite		LCR	2 fois/épisode
<input type="checkbox"/> Affections oculaires : kératite, uvéite, rétinite aiguë		voir (1)	2 fois/épisode
<input type="checkbox"/> Herpes néonatal		voir (1)	1 fois/épisode
<input type="checkbox"/> Patient immunocompromis avec lésions du tractus oesophagien, intestinal ou respiratoire		voir (1)	2 fois/épisode
VARICELLE-HERPES ZOSTER (détection qualitative) (57,84 €)		Prélèvement	Fréquence maximum
Règles diagnostiques :			
<input type="checkbox"/> Signes de méningite, méningo-encéphalite, encéphalite, myélite		LCR	2 fois/épisode
<input type="checkbox"/> Affections oculaires : kératite, uvéite, rétinite aiguë		voir (1)	2 fois/épisode
TOXOPLASMA GONDII (détection qualitative) (57,84 €)		Prélèvement	Fréquence maximum
Règles diagnostiques :			
<input type="checkbox"/> Toxoplasmose cérébrale chez des patients immunocompromis avec IgG spécifiques positives et signes cliniques et radiologiques de toxoplasmose cérébrale.		LCR, biopsie, sang	1 fois/épisode
<input type="checkbox"/> Diagnostic prénatal de toxoplasmose congénitale		Liq. amniotique	1 fois/épisode
<input type="checkbox"/> Séroconversion en cours de grossesse (=IgG négatives à la 1ère consultation et positives ultérieurement)			
<input type="checkbox"/> Si le profil sérologique de 2 échantillons sériques séparés de 3 semaines, ne permet pas de dater l'infection avant ou après conception.			
<input type="checkbox"/> Mise au point de mort in utero, d'hydrocéphalie ou de calcification intracérébrale		LCR ou voir (1)	1 fois/épisode
<input type="checkbox"/> Diagnostic de toxoplasmose oculaire : patient avec IgG spécifiques et fond d'œil suggestif de chorioretinite à toxoplasme.		voir (1)	1 fois/épisode
* Trousse spécifique de prélèvement à acquérir au laboratoire			
MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS (détection qualitative) (57,84 €)		Fréquence maximum	
Prélèvement:			
<input type="checkbox"/> Expectoration <input type="checkbox"/> Aspi. Trachéo-bronchique <input type="checkbox"/> Lav.broncho-alvéolaire			
<input type="checkbox"/> LCR <input type="checkbox"/> Liquide de..... <input type="checkbox"/> Biopsie de..... <input type="checkbox"/> Urine			
Règle diagnostique :			
<input type="checkbox"/> Patient ne recevant pas de traitement antituberculeux depuis plus de 7 jours + forte suspicion clinique et radiologique de tuberculose OU échantillon respiratoire prélevé par une technique invasive			1 fois/demande 3 fois/année civile
BORDETELLA PERTUSSIS (57,84 €)		Fréquence maximum	
Prélèvements:			
<input type="checkbox"/> Frottis nasopharyngé postérieur <input type="checkbox"/> Rinçage nasopharyngé <input type="checkbox"/> Aspiration nasopharyngée			
<input type="checkbox"/> Lavage broncho-alvéolaire <input type="checkbox"/> Aspiration bronchique (exclus: frottis nasaux ou de gorge ou tout autre échantillon)			
Règles diagnostiques :			
<input type="checkbox"/> chez un enfant âgé de moins de 16 ans présentant des symptômes compatibles avec la coqueluche pendant plus de 6 jours et moins de 22 jours, à condition qu'il n'ait pas été vacciné au cours des 3 dernières années.			1 fois/épisode
<input type="checkbox"/> chez un enfant âgé de moins de 1 an qui n'a pas été vacciné ou qui n'a été vacciné que partiellement (moins de 3 doses) présentant des symptômes catarrhaux, bradycardie ou d'apnée(s).			1 fois/épisode
A condition qu'ils n'aient pas subi une thérapie de 5 jours ou plus par macrolides ou triméthoprime/sulfaméthoxazole Uniquement sur prescription du pédiatre			
(1) : <input type="checkbox"/> Biopsie <input type="checkbox"/> Liquide (200 µL minimum dans tube sec) <input type="checkbox"/> Frottis (écouvillon avec étui de transport sans gel)			
<input type="checkbox"/> Cocher ici lorsque les analyses sont demandées en dehors des règles diagnostiques et spécifier ci-après la motivation de votre demande. Les analyses seront facturées au patient.			
Raison de la demande :			
A faire signer par le patient : "Je déclare avoir reçu des informations claires sur l'utilité de réaliser les analyses demandées. Ces analyses n'étant pas remboursées par la sécurité sociale, je marque mon accord pour en supporter le coût qui me sera facturé par le laboratoire"			
Date : le .../.../.....		Signature :	