

Formulaire de demande d'analyses du LRS HIV et HCV (article 24bis)

<p>NOM :</p> <p>Prénom :</p> <p>Date de naissance : <input type="checkbox"/> M / <input type="checkbox"/> F</p> <p>Adresse du patient :</p> <p>Mutuelle :</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> <p align="center">OU coller ici l'étiquette du patient</p> </div> <p>NOM, prénom, adresse et code INAMI du médecin prescripteur</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Date et signature :</p>	<p align="center">Case réservée au laboratoire</p> <p align="center">Date d'arrivée :</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>EDTA</td><td style="width: 20px;"> </td></tr> <tr><td>COAGULE</td><td> </td></tr> <tr><td>CITRATE</td><td> </td></tr> <tr><td>HEPARINE</td><td> </td></tr> <tr><td>SERUM</td><td> </td></tr> <tr><td>AUTRE(S)</td><td> </td></tr> <tr><td>INITIALES</td><td> </td></tr> </table> <p align="center" style="color: red; font-size: small;">Si un aliquot est fourni, merci d'en préciser la nature et le type de tube de prélèvement d'origine:.....</p> <p align="center" style="color: red; font-size: small;">.....</p>	EDTA		COAGULE		CITRATE		HEPARINE		SERUM		AUTRE(S)		INITIALES	
EDTA															
COAGULE															
CITRATE															
HEPARINE															
SERUM															
AUTRE(S)															
INITIALES															

HIV	
<input type="checkbox"/> PCR diagnostique (recherche du provirus HIV-DNA) <input type="checkbox"/> PCR quantitative (HIV-RNA plasmatique) <input type="checkbox"/> Recherche de résistance aux anti-rétroviraux (la charge virale doit être > 1000 copies/ml)	10 ml EDTA*

Hépatite C	
<p>Détection <u>quantitative</u> du virus de l'hépatite C par PCR (72,12 €)</p> <p>Règles diagnostiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Suspicion d'infection HCV chez un enfant d'une mère démontrée HCV-positif <input type="checkbox"/> Confirmation de la présence de HCV chez un patient démontré positif pour les anticorps anti-HCV. <input type="checkbox"/> Confirmation d'une infection HCV chez des patients immuno-compromis, présentant des symptômes d'hépatite (y compris les patients dialysés), même en cas de résultat négatif de détection des anticorps anti-HCV <input type="checkbox"/> Lors d'un accident par piqûre par une personne HCV positive à condition que la victime développe des signes fonctionnels indicatifs d'une hépatite <input type="checkbox"/> Suivi de traitement (pour autant que cela soit justifié dans le contexte du suivi de traitement) 	10 ml EDTA*
<p>Typage du <u>génotype</u> du virus de l'hépatite C (154,24 €)</p> <p align="center">Indiquer le résultat de la charge virale si celle-ci n'a pas été réalisée par notre laboratoire. En absence d'information, nous réaliserons une mesure de la charge virale en 'Baseline'.UI/mL</p> <p>Règles diagnostiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Lors de l'initialisation du traitement 	Fréquence autorisée
<p>(*) = tubes non ouverts, à envoyer au laboratoire dans la journée du prélèvement</p> <p><input type="checkbox"/> Cocher ici lorsque les analyses sont demandées en dehors des règles diagnostiques et spécifiez ci-après la raison de votre demande. Les analyses seront facturées au patient.</p> <p>Raison de la demande :</p>	<p align="center">1 fois</p> <p align="center">1 fois</p> <p align="center">1 fois endéans les 3 mois de l'apparition des symptômes</p> <p align="center">1 fois endéans les 3 mois qui suivent l'établissement des faits.</p> <p align="center">4 fois par période de traitement</p>

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 : www.chuliege.be/jcms/c2_17331521/fr/formulaires