LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES

FORMULAIRE DE DEMANDE ANALYSES LRS HIV HCV HBV

Centres de prélévement : **www.chrverviers.be/labo** | Prises de sang à domicile sur rdv au **087 21 21 24**

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ANALYSES DU LRS HIV, HCV, HBV (ARTICLE 24BIS)

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / ..... ☐ M / ☐ F

Adresse : .....

Code postal : .....

Ville : .....

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 : ..... / ..... / .....

EDTA	☐	SERUM	☐
COAGULE	☐	AUTRE(S)	☐
CITRATE	☐	INITIALES	☐
HEPARINE	☐		

Si un aliquot est fourni, merci d'en préciser la nature et le type de tube de prélévement d'origine .....

.....

.....

.....

.....

HIV

☐ **PCR diagnostique** (recherche du provirus HIV-DNA)
☐ **PCR quantitative** (HIV-RNA plasmatique)
☐ **Recherche de résistance aux anti-rétroviraux** (la charge virale doit être > 1000 copies/ml)

10 ml EDTA* (M)

HÉPATITE C

DÉTECTION QUALITATIVE DU VIRUS DE L'HÉPATITE C PAR PCR - 66,87 €

10 ml EDTA* (M)

Règles diagnostiques : — **Fréquence autorisée**

- ☐ *Suspicion d'infection HCV chez un enfant d'une mère démontrée HCV-positive.* — *1 fois*
- ☐ *Confirmation de la présence de HCV chez un patient démontré positif pour les anticorps anti-HCV.* — *1 fois*
- ☐ *Confirmation d'une infection HCV chez des patients immuno-compromis, présentant des symtèmes d'hépatite (y compris les patients dialysés), même en cas de résultat négatif de détection des anticorps anti-HCV.* — *1 fois endéans les 3 mois de l'apparition des symptômes*
- ☐ *Lors d'un accident par piqûre par une personne HCV positive à condition que la victime développe des signes fonctionnels indicatifs d'une hépatite.* — *1 fois endéans les 3 mois qui suivent l'établissement des faits.*

DÉTECTION QUANTITATIVE DU VIRUS DE L'HÉPATITE C PAR PCR - 100,30 €

Règles diagnostiques : — **Fréquence autorisée**

- ☐ *Baseline* — *1 fois par période de traitement*
- ☐ *Suivi de traitemement (pour autant que cela soit justifié dans le contexte du suivi de traitement)* — *3 fois par période de traitement*

TYPAGE DU GÉNOTYPE DU VIRUS DE L'HÉPATITE C - 133,74 €

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'.

Règles diagnostiques : — **Fréquence autorisée**

- ☐ *Lors de l'initialisation du traitement* — ..... *UI/mL* — *1 fois*

HÉPATITE B

DÉTECTION QUANTITATIVE DU VIRUS DE L'HÉPATITE B - 100,30 €

10 ml EDTA* (M)

Règles diagnostiques : — **Fréquence autorisée**

- ☐ *Lors de l'inialisation d'un traitement chez les patients chroniques positifs pour l'antigène HBs.* — *1 fois, sauf au cours de la première année, au maximum 3 fois*
- ☐ *Pour le suivi du traitement de patients chroniques positifs pour l'antigène HBs.* — *Maximum 2 fois/an*
- ☐ *Dans le cas de remontée subite des signes d'hépatite chez les patients chroniques HBsAg positifs, sur base des tests hépatiques anormaux.* — *Maximum 2 fois/an*

(*) = 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 SPÉCIFIEZ CI-APRÈS LA RAISON DE VOTRE DEMANDE. LES ANALYSES SERONT FACTURÉES AU PATIENT.**

Raison de la demande : .....

À 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 : ..... / ..... / ..... Signature : .....

FEV-SECR-0013