

Formulaire de demande de PCR pour la recherche d'agents infectieux

RENSEIGNEMENTS PATIENT

Nom : _____ Prélevé le : / /
 Prénom : _____ Heure : _____
 Né(e) le : _____ Sexe : M F Par : _____
 Adresse : _____
 Code postal : _____ Ville : _____

RENSEIGNEMENTS MUTUELLE

A compléter si pas de vignette

Titulaire : _____

Mutuelle : _____

N° d'inscription : _____

VIGNETTE

RENSEIGNEMENTS PRESCRIPTEUR

Médecin prescripteur : _____
 N° INAMI : _____
 Date de prescription : _____
 Copie au Dr : _____
 Adresse : _____

TRANSMISSION RESULTATS

Résultats à transmettre:
 Par téléphone: N°
 Copie patient (uniquement si contresigné)

Hépatite C (HCV)

Un tube spécifique (coagulé), à acheminer au laboratoire dans la journée

PCR QUANTITATIVE du virus de l'hépatite C (B 2000#)

Fréquence

INDICATIONS REMBOURSEES PAR INAMI

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Suspicion d'infection HCV chez un enfant d'une mère HCV positive | Maximum 1 fois |
| <input type="checkbox"/> Confirmation de la présence de HCV chez un patient démontré positif pour les Anticorps anti-HCV | Maximum 1 fois |
| <input type="checkbox"/> Confirmation d'une infection HCV chez des patients immuno-compromis (y compris des patients dialysés), présentant des symptômes d'hépatite, même en cas de résultat négatif de détection des anticorps anti-HCV | Maximum 1 fois endéans les 3 mois de l'apparition des symptômes |
| <input type="checkbox"/> Accident par piqûre par une personne HCV positive à condition que la victime développe des signes fonctionnels indicatifs d'une hépatite | Maximum 1 fois endéans les 3 mois qui suivent l'établissement des faits |
| <input type="checkbox"/> Suivi lors d'un traitement médicamenteux contre le virus de l'Hépatite C | Maximum 4 fois par période de traitement |

AUTRES INDICATIONS (NON REMBOURSEES PAR INAMI)

→ Analyse facturée au patient: consentement en fin de page (*)

GENOTYPAGE du virus de l'hépatite C (B 4000#)

Fréquence

- | | |
|---|----------------|
| <input type="checkbox"/> Pour initialiser un traitement | Maximum 1 fois |
| <input type="checkbox"/> Autre indication à préciser: | |

→ Analyse facturée au patient: consentement en fin de page (*)

Hépatite B (HBV)

Un tube spécifique (coagulé), à acheminer au laboratoire dans la journée

PCR QUALITATIVE du virus de l'hépatite B (B 2000#)

AUTRES INDICATIONS (NON REMBOURSEES PAR INAMI)

→ Analyse facturée au patient: consentement en fin de page (*)

PCR QUANTITATIVE du virus de l'hépatite B (B 2000#)

Fréquence

INDICATIONS REMBOURSEES PAR INAMI

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pour initialiser un traitement chez les patients chroniques porteurs de l'antigène HBs | Maximum 1 fois, sauf au cours de la 1ère année au maximum 3 fois |
| <input type="checkbox"/> Pour le suivi du traitement de patients chroniques porteurs de l'antigène HBs | Maximum 2 fois par an |
| <input type="checkbox"/> Dans le cas de remontée subite des signes d'hépatite B chez les patients chroniques porteurs de l'antigène HBs, sur base de tests hépatiques anormaux | Maximum 2 fois par an |

AUTRES INDICATIONS (NON REMBOURSEES PAR INAMI)

→ Analyse facturée au patient: consentement en fin de page (*)

Cytomégalovirus (CMV)

Un tube spécifique (coagulé) et LCR, à acheminer au laboratoire dans la journée

PCR QUALITATIVE du virus du cytomégalovirus (B 1400#)

PCR QUANTITATIVE du virus du Cytomégalovirus (B 2000#)

Fréquence

INDICATIONS REMBOURSEES PAR INAMI

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Patients ayant bénéficié d'une transplantation d'organe | Sans traitement prophylactique: max 23x/an (1ère année post-transplantation) / max 12x/an (2 ans ultérieurs). Avec traitement prophylactique: max 4x/an (3 ans post-transplant) |
|--|--|

AUTRES INDICATIONS (NON REMBOURSEES PAR INAMI)

→ Analyse facturée au patient: consentement en fin de page (*)

Epstein-Barr Virus (EBV)

Un tube spécifique (coagulé) et LCR, à acheminer au laboratoire dans la journée

PCR QUANTITATIVE du Epstein-Barr Virus (B 2000#)

Fréquence

INDICATIONS REMBOURSEES PAR INAMI

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Patients séronégatifs ayant bénéficié d'une transplantation d'organe | Maximum 8 fois pendant 1 année post-transplantation, puis maximum 4x/an pendant 2 ans |
|---|---|

AUTRES INDICATIONS (NON REMBOURSEES PAR INAMI)

→ Analyse facturée au patient: consentement en fin de page (*)

(*) Consentement du patient:

"Je suis informé(e) que les analyses demandées sont en dehors des critères de remboursement par la sécurité sociale, je m'engage à payer la facture qui me sera adressée par le laboratoire qui a réalisé les analyses."

Valeur du "B": 0,036361 € au 01/01/2023 (le "B" est sujet à indexation)

Signature du patient obligatoire:

Date: / /

| ENTEROVIRUS : PCR qualitative (B 1500#) (*) | Fréquence | Prélèvement |
|---|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Symptômes de méningite virale ou de méningo-encéphalite | Maximum 1 fois / épisode | <input type="checkbox"/> LCR |
| <input checked="" type="checkbox"/> Péricardite aiguë et/ou myocardite | Maximum 2 fois / épisode | <input type="checkbox"/> Sang (coagulé) (<input type="checkbox"/> Selles) |
| | | <input type="checkbox"/> Liquide de ponction |
| | | <input type="checkbox"/> Sang (coagulé) (<input type="checkbox"/> Selles) |
| <input type="checkbox"/> Diagnostic prénatal d'infection congénitale seulement en cas de diagnostic échographique clair de: | Maximum 1 fois | <input type="checkbox"/> Liquide amniotique |
| <input type="checkbox"/> Polyhydramnios <input type="checkbox"/> retard de croissance <input type="checkbox"/> calcifications abdominales | | |
| <input type="checkbox"/> oligoamnios <input type="checkbox"/> épanchement pleural ou péricardique | | |
| <input type="checkbox"/> mort in utero <input type="checkbox"/> zones hyper-échogènes abdominales | | |

| HERPES SIMPLEX (HSV1 et HSV2): PCR qualitative (B 1500#) (*) | Fréquence | Prélèvement |
|---|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Signes de méningites, méningo-encéphalite, encéphalite, myélite | Maximum 2 fois / épisode | <input type="checkbox"/> LCR |
| <input type="checkbox"/> Affections oculaires: kératite, uvéite, rétinite aiguë | Maximum 2 fois / épisode | <input type="checkbox"/> Autre, à préciser |
| | | <input type="checkbox"/> Oculaire |
| | | à préciser |
| <input type="checkbox"/> Herpes néonatal | Maximum 1 fois | <input type="checkbox"/> À préciser |
| <input type="checkbox"/> Patient immuno-compromis avec des lésions du tractus oesophagien, intestinal ou respiratoire | Maximum 2 fois / épisode | <input type="checkbox"/> À préciser |

| VARICELLE - HERPES ZOSTER: PCR qualitative (B 1500#) (*) | Fréquence | Prélèvement |
|--|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Signes de méningites, méningo-encéphalite, encéphalite, myélite | Maximum 2 fois / épisode | <input type="checkbox"/> LCR |
| <input type="checkbox"/> Affections oculaires: kératite, uvéite, rétinite aiguë | Maximum 2 fois / épisode | <input type="checkbox"/> Autre, à préciser |
| | | <input type="checkbox"/> Oculaire |
| | | à préciser |

| TOXOPLASMA GONDII: PCR qualitative (B 1500#) (*) | Fréquence | Prélèvement |
|--|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Toxoplasmose cérébrale chez des patients immuno-déprimés avec une sérologie positive pour les IgG et avec des signes cliniques et radiologiques de toxoplasmose cérébrale | Maximum 1 fois / épisode | <input type="checkbox"/> LCR |
| | | <input type="checkbox"/> Autre, à préciser |
| <input type="checkbox"/> Diagnostic prénatal d'une Toxoplasmose congénitale en cas de | Maximum 1 fois / épisode | <input type="checkbox"/> Liquide amniotique |
| <input type="checkbox"/> séroconversion chez la mère (2 prélèvements, IgG négatif puis positif) | | |
| <input type="checkbox"/> sérologies réalisées sur 2 prélèvements à au moins 3 semaines d'intervalle et qui ne permettent pas de déterminer si l'infection date d'avant ou après la conception | | |
| <input type="checkbox"/> Mise au point de mort in utero, d'hydrocéphalie, de calcification intra-cérébrale | | |
| <input type="checkbox"/> Diagnostic de Toxoplasmose oculaire si sérologie IgG positive et chorioretinite au F.O. | Maximum 1 fois / épisode | <input type="checkbox"/> Oculaire |
| | | à préciser |

| NEISSEIRA GONORRHOEAE: PCR qualitative (B1200 (diagnostic) B 800# (suivi patient positif)) (*) | Diagnostic : Maximum une fois par demande |
|--|---|
| Prélèvements: <input type="checkbox"/> Urine de 1er jet (non cumulable avec la culture d'urine) | Suivi: max 1x/an |
| <input type="checkbox"/> Frottis urétral* <input type="checkbox"/> Frottis endo-cervical* <input type="checkbox"/> Liquide de ponction | |
| *Ecouvillon sec ou écouvillon spécial disponible au laboratoire | à préciser: |

| CHLAMYDIA TRACHOMATIS: PCR qualitative(B1200 (diagnostic) B 800# (suivi patient positif)) (*) | Maximum une fois par demande et 2 fois / année civile |
|---|---|
| Uniquement si: <input type="checkbox"/> Appartenance à groupe à risque (≤ 20 ans) | Suivi: max 1x/an |
| <input type="checkbox"/> Signes cliniques d'infection à Chlamydia | |
| Prélèvements: <input type="checkbox"/> Urine de 1er jet <input type="checkbox"/> Frottis endo-cervical* | |
| <input type="checkbox"/> Frottis urétral* <input type="checkbox"/> Liquide de ponction, à préciser..... | |
| * Ecouvillon sec ou écouvillon spécial disponible au laboratoire | |

| MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS: PCR qualitative (B 1500#) (*) | Maximum 3 fois / an |
|---|---------------------|
| Uniquement si: <input type="checkbox"/> Echantillon respiratoire positif pour les mycobactéries à l'examen microscopique | |
| <input type="checkbox"/> Culture positive en milieu liquide ET pas de traitement anti-tuberculeux depuis plus de 7 jours le jour du prélèvement ou pas traité durant les 12 derniers mois | |
| <input type="checkbox"/> Il existe une forte suspicion clinique et radiologique de tuberculose | |
| <input type="checkbox"/> L'échantillon respiratoire a été prélevé par une technique invasive (bronchoscopie, ponction, biopsie) | |
| Prélèvements: <input type="checkbox"/> Expectoration <input type="checkbox"/> LBA | |
| <input type="checkbox"/> Aspiration trachéo-bronchique <input type="checkbox"/> Tubage gastrique | |

| MYCOBACTERIUM AUTRES QUE M. TUBERCULOSIS: PCR qual. (B 1500#) (*) | Maximum 1 fois |
|---|----------------|
| Uniquement si: <input type="checkbox"/> Culture positive en milieu liquide ET PCR Mycobacterium tuberculosis négative | |

| DETECTION BORDETELLA PERTUSSIS/BORDETELLA PARAPERTUSSIS (B 1500#) (*) | Max 1 fois par investigation diagnostique |
|--|---|
| Uniquement si: <input type="checkbox"/> Aspiration/frottis nasopharyngé, aspiration bronchique, lavage broncho-alvéolaire (LBA) chez patient < 16 ans avec symptômes > 6 et < à 22 jours et non vacciné au cours des 3 dernières années. | |
| <input type="checkbox"/> Enfant < 1 an non vacciné (ou partiellement), symptomatique et n'ayant pas reçu de traitement par macrolides ou triméthoprimes/sulfaméthoxazoles de ≥ 5 jours. | |
| <input type="checkbox"/> Autres prélèvements (ex gorge, ...) " Analyse facturée au patient: consentement en fin de page (*) | |

| DETECTION AGENTS INFECTIEUX DANS LBA (*) |
|---|
| INDICATIONS REMBOURSEES PAR INAMI sous certaines conditions Prendre contact avec Biologiste 043218198 |

(*) PCR POUR LES PATHOGENES REPRIS CI-DESSUS hors critères de remboursement

Analyses facturées au patient au prorata du nombre de « B »: Consentement à signer par le patient en bas de page au recto (*)

| PCR POUR AUTRES AGENTS INFECTIEUX --> cfr Compendium CHR Citadelle | Remplir agents pathogènes recherchés ci-dessous |
|--|--|
| Analyses facturées au patient (B500# pour l'extraction des acides nucléiques + B800# par PCR): Consentement à signer par le patient en bas de page au recto * | |
| Renseignements cliniques (obligatoires): | Maximum 3 PCR |
| | En fonction des renseignements cliniques et/ou de prélèvements inadéquats, le biologiste se réserve le droit de ne pas réaliser certaines PCR |
| Préciser si: <input type="checkbox"/> Mucoviscidose <input type="checkbox"/> Immuno-déprimé | |
| Agents pathogènes recherchés: | |
| Prélèvements: (conservation à 4°C) | Privilégier: les tubes / pots secs, les ponctions pour les prélèvements profonds, le sang coagulé ou EDTA (PAS de sang hépariné), les écouvillons secs ou écouvillons pour culture virus (PAS DE GEL), les aspi. naso-pharyngées ou le LBA pour les virus respiratoires |