

Formulaire de demande des tests moléculaires :

Hépatite B et C, Herpès simplex, Herpès Varicelle-Zona, Entérovirus

L'échantillon accompagné de ce formulaire doit être envoyé au:

CDM-Saint-Luc Laboratoire de Virologie (Pr. P. Goubau / Dr. M. Bodéus/ Phn. B. Kabamba)
Centre de gestion des échantillons de laboratoire, 10F avenue Mounier, 1200 Bruxelles
(Tél. Sec 02 764 67 34 ; Biologistes 6726 et 6731 ; Fax : 02 764 69 33)

Identification du laboratoire demandeur

Nom du laboratoire:

Adresse:

Tél.: Fax:

Renseignements concernant le patient

Nom: Prénom:

Sexe: Date de naissance:/...../.....

Code postal, localité:

Traitement hépatite B: Non Oui Si oui, remplir le tableau ci-dessous

Traitement hépatite C: Non Oui Si oui, remplir le tableau ci-dessous

Médicament	Date du début du traitement	Date de l'arrêt du traitement

Sérologie hépatite B Ag HBs (+/-) Ag HBe (+/-)

Anti-HBs (+/-) Anti-HBc (+/-) Anti-HBe (+/-)

Sérologie hépatite C (Technique utilisée

PCR Hépatite C **Génotype**

Biopsie du foie Non Oui Si oui, résultat

Enzymes hépatiques	Date	Enzymes (ALT ou AST)	Activité (U/ml)	Valeurs de référence

Renseignements concernant l'échantillon

Date échantillonnage:/...../.....

Votre N° de référence:

Type d'échantillon: Sérum Plasma EDTA (! jamais d'héparine) Autre.....

N.B. Pour la recherche de l'ARN de l'hépatite C, le sang doit être centrifugé endéans l'heure du prélèvement. Le sérum ou le plasma doivent être immédiatement congelés et nous être envoyés congelés!

Indications de la demande

En fonction de l'indication le CDM décidera des analyses à faire suivant la liste de l'ensemble des indications admises par l'arrêté royal du 19 mars 2008. Les analyses non remboursées seront facturées.

Hépatite B

- (HBVADN1) Initiation et suivi de traitement d'un patient HBsAg positif (maximum 3 /la 1^{ère} année)
- (HBVADN2) Suivi d'un porteur chronique HBsAg positif (maximum 2/an)
- (HBVADN3) Tests hépatiques anormaux chez un porteur chronique HBsAg positif (maximum 2/an)
- (HBVSEQ) Mutations de résistance aux médicaments et/ou génotype (non remboursé)
- (HBVADN4) Autres (à préciser, non remboursé)

Hépatite C (! Si génotype connu, à indiquer sous la rubrique : "Renseignements concernant le patient")

- (HCARNQ1) Enfant né de mère HCV positive (1 seul test)
- (HCARNQ2) Confirmation d'une sérologie HCV positive (1 seul test)
- (HCARNQ3) Hépatite chez patient immunocompromis ou dialysé (1 seul test dans les 3mois)
- (HCARNQ4) Hépatite après accident de ponction avec source HCV positive (1 seul test dans les 3mois)
- (HCARNQ5 et HCARNG) Bilan pré-traitement (1 seul test génotype/patient)
- (HCARNQ6) Suivi du traitement à 3 mois
- (HCARNQ7) Suivis ultérieurs du traitement à la fin et 6 mois après arrêt (non remboursés) ou Autres

Entérovirus (Poliovirus, Coxsakie A et B, Echovirus)

- (ENTARN1) Méningite ou méningo-encéphalite (max 1 test/épisode, sur LCR)
- (ENTARN2) Péricardite ou myocardite (max 2 prélèvements /épisode, sur biopsie ou sang)
- (ENTARN3) Diagnostic prénatal (max 1 test)
- (ENTARN4) Autres (à préciser, non remboursé)

Herpès simplex (Type 1 et 2)

- (HSVADN1) Suspicion d'encéphalite ou autre atteinte neurologique (max 2 tests/épisode, sur LCR)
- (HSVADN2) Atteinte oculaire herpétique (max 2 tests/épisode, liquide oculaire)
- (HSVADN3) Herpès néonatal (max 1 test, sur LCR, sang, biopsie)
- (HSVADN4) Patient immunocompromis avec lésion (max 2 tests/épisode, sur LCR, biopsie, ...)
- (HSVADN5) Autres (à préciser, non remboursé)

Herpès Zoster (Varicelle et Zona)

- (HZVADN1) Signes neurologiques (max 2 tests/épisode, sur LCR)
- (HZVADN2) Atteinte oculaire herpétique (max 2 tests/épisode, liquide oculaire)
- (HZVADN3) Autres (à préciser, non remboursé)

Médecin demandeur

Biologiste clinique

Date

Date

Signature

Signature