

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

- ☐ Suspicion d'infection HCV chez un enfant d'une mère HCV positive
☐ Confirmation de la présence de HCV chez un patient démontré positif pour les Anticorps anti HCV
☐ 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
☐ Accident par piqûre par une personne HCV positive à condition que la victime développe des signes fonctionnels indicatifs d'une hépatite
☐ Suivi lors d'un traitement médicamenteux contre le virus de l'Hépatite C

maximum 1 fois
maximum 1 fois
maximum 1 fois endéans les 3 mois de l'apparition des symptômes
maximum 1 fois endéans les 3 mois qui suivent l'établissement des faits
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

- ☐ Pour initier un traitement
☐ Autre indication à préciser:

maximum 1 fois

→ 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

- ☐ Pour initier un traitement chez les patients chroniques porteurs de l'antigène HBs
☐ Pour le suivi du traitement de patients chroniques porteurs de l'antigène HBs
☐ 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 1 fois, sauf au cours de la 1ère année au maximum 3 fois
maximum 2 fois par an
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

- ☐ 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

- ☐ 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."
"Je consens à ce que le volume restant de mes échantillons de sang après analyse puisse être utilisé pour la mise au point de nouvelles techniques de dosage au laboratoire ainsi qu'à l'exploitation des résultats de manière anonyme."
Si je souhaite m'y opposer, je coche cette case ☐

Signature du patient obligatoire:

Date: / /

ENTEROVIRUS : PCR qualitative (B 1500#) (*)

☐ Symptômes de méningite virale ou de méningo-encéphalite

☐ Péricardite aiguë et/ou myocardite

☐ Diagnostic prénatal d'infection congénitale seulement en cas de diagnostic échographique clair de:

☐ Polyhydramnios

☐ oligoamnios

☐ mort in utero

☐ retard de croissance

☐ épanchement pleural ou péricardique

☐ zones hyper-échogènes abdominales

☐ calcifications abdominales

Fréquence

maximum 1 fois / épisode

maximum 2 fois / épisode

maximum 1 fois

Prélèvement

☐ LCR

☐ Sang (coagulé) (☐ Selles)

☐ Liquide de ponction

☐ Sang (coagulé) (☐ Selles)

☐ Liquide amniotique

HERPES SIMPLEX (HSV1 et HSV2): PCR qualitative (B 1500#) (*)

☐ Signes de méningites, méningo-encéphalite, encéphalite, myélite

☐ Affections oculaires: kératite, uvéite, rétinite aiguë

☐ Herpes néonatal

☐ Patient immuno-compromis avec des lésions du tractus oesophagien, intestinal ou respiratoire

Fréquence

maximum 2 fois / épisode

maximum 2 fois / épisode

maximum 1 fois

maximum 2 fois / épisode

Prélèvement

☐ LCR

☐ Autre, à préciser

☐ oculaire

☐ à préciser

☐ à préciser

☐ à préciser

VARICELLE - HERPES ZOSTER: PCR qualitative (B 1500#) (*)

☐ Signes de méningites, méningo-encéphalite, encéphalite, myélite

☐ Affections oculaires: kératite, uvéite, rétinite aiguë

Fréquence

maximum 2 fois / épisode

maximum 2 fois / épisode

Prélèvement

☐ LCR

☐ Autre, à préciser

☐ oculaire

☐ à préciser

TOXOPLASMA GONDII: PCR qualitative (B 1500#) (*)

☐ Toxoplasmose cérébrale chez des patients immuno-déprimés avec une sérologie positive pour les IgG et avec des signes cliniques et radiologiques de toxoplasmose cérébrale

☐ Diagnostic prénatal d'une Toxoplasmose congénitale en cas de

☐ séroconversion chez la mère (2 prélèvements, IgG négatif puis positif)

☐ 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

☐ Mise au point de mort in utero, d'hydrocéphalie, de calcification intra-cérébrale

☐ Diagnostic de Toxoplasmose oculaire si sérologie IgG positive et choriorétinite au F.O.

Fréquence

maximum 1 fois / épisode

maximum 1 fois / épisode

maximum 1 fois / épisode

Prélèvement

☐ LCR

☐ Autre, à préciser

☐ Liquide amniotique

☐ oculaire

☐ à préciser

NEISSEIRA GONORRHOEAE: PCR qualitative (B1200 (diagnostic) B 800# (suivi patient positif)) (*)

Prélèvements:

☐ Urine de 1er jet (non cumulable avec la culture d'urine)

☐ Frottis urétral (#)

☐ Frottis endo-cervical (#)

☐ Liquide de ponction

(#) Ecouvillon sec ou écouvillon spécial disponible au laboratoire

Diagnostic : Maximum une fois par demande

Suivi: max 1x/an

CHLAMYDIA TRACHOMATIS: PCR qualitative(B1200 (diagnostic) B 800# (suivi patient positif)) (*)

Uniquement si:

☐ Appartenance à groupe à risque (≤ 20 ans)

☐ Signes cliniques d'infection à Chlamydia

Prélèvements:

☐ Urine de 1er jet

☐ Frottis endo-cervical (#)

☐ Frottis urétral (#)

☐ Liquide de ponction, à préciser.....

(#) Ecouvillon sec ou écouvillon spécial disponible au laboratoire

Maximum une fois par demande et 2 fois / année civile

Suivi: max 1x/an

MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS: PCR qualitative (B 1500#) (*)

Uniquement si:

☐ Echantillon respiratoire positif pour les mycobactéries à l'examen microscopique

☐ Culture positive en milieu liquide

☒ pas de traitement anti-tuberculeux depuis plus de 7 jours le jour du prélèvement ou pas traité durant les 12 derniers mois

☐ Il existe une forte suspicion clinique et radiologique de tuberculose

☐ L'échantillon respiratoire a été prélevé par une technique invasive (bronchoscopie, ponction, biopsie)

Prélèvements:

☐ Expectoration

☐ LBA

☐ Aspiration trachéo-bronchique

☐ Tubage gastrique

Maximum 3 fois / an

MYCOBACTERIUM AUTRES QUE M. TUBERCULOSIS: PCR qual. (B 1500#) (*)

Uniquement si:

☐ Culture positive en milieu liquide ET PCR Mycobacterium tuberculosis négative

Maximum 1 fois

DETECTION BORDETELLA PERTUSSIS/BORDETELLA PARAPERTUSSIS (B 1500#) (*)

Uniquement si:

☐ Aspiration/frottis nasopharyngé, aspiration bronchique, lavage broncho-alvéolaire (LBA) chez patient < 16 ans avec symptômes de > 6 jours et < à 22j et non vacciné au cours des 3 dernières années ou si enfant < 1 an pas vacciné et symptômes et pas de R/ de 5j ou + par macrolides ou triméthoprimes/sulfaméthoxazoles. sur prescription d'un pédiatre.

☐ Autres prélèvements (ex gorge, ...) " Analyse facturée au patient: consentement en fin de page (*)

Max 1 fois par investigation diagnostique

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

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:

☐ Mucoviscidose

☐ Immuno-déprimé

Agents pathogènes recherchés:

Prélèvements:

Préciser clairement l'origine du prélèvement:

Priviléger:

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

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

PHOTOCOPIES REFUSEES

2/2