

# Demande d'analyses de Biologie Moléculaire

Laboratoire de Biologie Moléculaire - Réseau HELORA - Site de Jolimont

Biologiste responsable :

064 / 23 49 67

Responsable scientifique :

064 / 23 19 43 ou 17 71

Secrétariat :

064 / 23 40 81

<b>RENSEIGNEMENTS PATIENT :</b> NOM : ..... PRENOM : ..... DATE DE NAISSANCE : ..... / ..... / ..... SEXE : <input type="checkbox"/> M / <input type="checkbox"/> F ADRESSE : ..... TEL : ..... / ..... PATIENT : <input type="checkbox"/> AMBULANT <input type="checkbox"/> HOSPITALISE dans le service : .....		<b>MEDECIN PRESCRIPTEUR</b> NOM : ..... PRENOM : ..... N° INAMI : ..... SIGNATURE : .....		<b>ETIQUETTE LABO :</b>	
<b>RENSEIGNEMENTS MUTUELLE :</b>  <div style="text-align: center;"><b>VIGNETTE</b></div> <input type="checkbox"/> Titulaire <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Ascendant		<b>TRANSMISSION DES RESULTATS :</b> <input type="checkbox"/> Par courrier normal <input type="checkbox"/> D'urgence par téléphone au n° : ..... / ..... <input type="checkbox"/> D'urgence par FAX au n° : ..... / ..... <input type="checkbox"/> Par transfert électronique			
<b>RENSEIGNEMENTS CLINIQUES / INDICATIONS :</b>		<b>INFORMATIONS GENERALES CONCERNANT LE PRELEVEMENT</b> DATE DE PRESCRIPTION : ..... / ..... / ..... DATE / HEURE DE PRELEVEMENT : ..... / ..... / ..... A : ..... H ..... IDENTITE DU PRELEVEUR : .....			
<b>HEPATITE C (grand tube EDTA - bouchon mauve)</b> PCRHCVC <input type="checkbox"/> PCR Quantitative HCV dans l'une des situations suivantes : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suspicion d'infection chez un enfant de mère HCV positive (1x)</li> <li>• Confirmation de sérologie positive (1x)</li> <li>• Confirmation chez un patient immunocompromis présentant des symptômes d'hépatite même si séronégatif pour HCV (1x endéans les 3 mois de l'apparition des symptômes)</li> <li>• Accident par piqûre par une personne HCV positive, avec apparition de signes fonctionnels d'hépatite (1x dans les 3 mois suivant l'accident)</li> <li>• Suivi d'un traitement (4x / période de traitement médicamenteux)</li> </ul> PCRHCVCPC <input type="checkbox"/> PCR Quantitative HCV hors INAMI (€) PCRHCVGEN <input type="checkbox"/> Génotypage HCV : Initiation d'un traitement (1x) PCRHCVGENCP <input type="checkbox"/> Génotypage HCV, hors INAMI (€)		<b>PATHOGENES RESPIRATOIRES : SARS-CoV-2, INFLUENZA A, INFLUENZA B, RSV</b> <input type="checkbox"/> <b>PANEL PCR SARS-CoV-2, INFLUENZA A&amp;B, RSV (SYNDROME GRIPPAL)</b> (15€ - index 2024 ; sauf "Hors INAMI") PCRARESP <input type="checkbox"/> Patient symptomatique avec risque de progression grave (immunodépression sévère, ou >65ans et Score de Fragilité Clinique 5 à 9) PCRARESP <input type="checkbox"/> Patient symptomatique avant hospitalisation PCRARESP <input type="checkbox"/> Patient symptomatique hospitalisé ou en établissement de soins de longue durée PCRARESP <input type="checkbox"/> Personnel soignant symptomatique ayant des contacts avec des patients PCRARESP <input type="checkbox"/> Patient symptomatique avant don de tissu/organe PCRARESP <input type="checkbox"/> Hospitalisation d'un patient asymptomatique sévèrement immunodéprimé ou en contact avec patients sévèrement immunodéprimés PCRARESP <input type="checkbox"/> Patient asymptomatique de retour de pays à risque de VOC (variant préoccupant) PCRARESP <input type="checkbox"/> Investigation de cluster hospitalier / établissement de soin / MRS (≥2 cas en 14 jours) PCRARESP <input type="checkbox"/> <b>Hors INAMI : 61,27 € pour les 4 virus (index 2024)</b>			
<b>HEPATITE B, PCR QUANTITATIVE (grand tube EDTA - bouchon mauve)</b> PCRHBV <input type="checkbox"/> PCR Quantitative HBV dans l'une des situations suivantes : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Initialisation d'un traitement chez les patients chroniques positifs pour l'AgHBs (1x/an sauf au cours de la première année : max 3x)</li> <li>• Suivi d'un traitement de patient chronique positif pour l'AgHBs (2x/an)</li> <li>• Remontée subite des signes d'hépatite (tests hépatiques anormaux) chez un patient chronique positif pour l'AgHBs (2x/an)</li> </ul> PCRHBVCL <input type="checkbox"/> Instauration d'un traitement immunosuppresseur chez un patient AchHbc positif, AgHBs négatif (à charge du laboratoire) PCRHBVCP <input type="checkbox"/> Indication hors INAMI (€)		<input type="checkbox"/> <b>PANEL "SYNDROME GRIPPAL" URGENT PATIENT AVEC "SARI"</b> : infection respiratoire aiguë sévère, survenue brutale dans les 10 jours, non nosocomiale, nécessitant une hospitalisation ≥24h (Définitions OMS/ECDC) <input type="checkbox"/> <b>PCR SARS-CoV-2 :</b> PCRGOV <input type="checkbox"/> Patient symptomatique avec risque de progression grave (immunodépression sévère, ou >65ans et Score de Fragilité Clinique 5 à 9) PCRGOV <input type="checkbox"/> Patient symptomatique avant hospitalisation PCRGOV <input type="checkbox"/> Patient symptomatique hospitalisé ou en établissement de soins de longue durée PCRGOV <input type="checkbox"/> Personnel soignant symptomatique ayant des contacts avec des patients PCRGOV <input type="checkbox"/> Patient symptomatique avant don de tissu/organe PCRGOV <input type="checkbox"/> Hospitalisation d'un patient asymptomatique sévèrement immunodéprimé ou en contact avec patients sévèrement immunodéprimés PCRGOV <input type="checkbox"/> Patient asymptomatique de retour de pays à risque de VOC (variant préoccupant) PCRGOV <input type="checkbox"/> Investigation de cluster hospitalier / établissement de soin / MRS (≥2 cas en 14 jours) PCRGOVCP <input type="checkbox"/> <b>Hors INAMI : 46,27 € (index 2024)</b> PCRGOVLTACP <input type="checkbox"/> <b>Hors INAMI, en extrême urgence pour convenances personnelles (ex:voyage) : 100€</b>			
<b>CYTOMEGALOVIRUS, PCR QUANTITATIVE (grand tube EDTA - bouchon mauve)</b> PCRCMV1 <input type="checkbox"/> Patient ayant bénéficié d'une transplantation allogène de cellules souches (maximum 80 fois, dans les 4 mois post-greffe) PCRCMV2 <input type="checkbox"/> Patient ayant bénéficié d'une transplantation d'organe solide (sans prophylaxie : max 23x la première année puis 12x/an ; avec prophylaxie : max 4x/an pendant les 3 premières années) PCRCMV3 <input type="checkbox"/> Patient immunocompromis (immunosuppression, HIV+, ...) PCRCMVCP <input type="checkbox"/> Indication hors INAMI (€)		PCRINFLUA <input type="checkbox"/> <b>PCR Influenza A (5€ + forfait éventuel *)</b> PCRINFLUB <input type="checkbox"/> <b>PCR Influenza B (5€ + forfait éventuel *)</b> PCRRSV <input type="checkbox"/> <b>PCR RSV (5€ + forfait éventuel *)</b> * Si PCR SARS-CoV-2 non concomitamment demandée, un forfait supplémentaire unique de -25€ sera facturé (index 2024)			
<b>EPSTEIN-BARR VIRUS, PCR QUANTITATIVE (grand tube EDTA - bouchon mauve)</b> PCREBV <input type="checkbox"/> Patient ayant bénéficié d'une transplantation allogène de cellules souches (maximum 80 fois, dans les 4 mois post-greffe) PCREBVCP <input type="checkbox"/> Indication hors INAMI (€)		<b>MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS</b> PCRMTBRIF <input type="checkbox"/> <b>PCR Mycobacterium tuberculosis</b> et détermination de la sensibilité à la rifampicine			
<b>HERPES SIMPLEX 1 et 2</b> PCRHSVLCR <input type="checkbox"/> Sur LCR : signes d'encéphalite, méningo-encéphalite, méningite, ou myélite (max 2x/ép) PCRHSVOPHT <input type="checkbox"/> Patient avec affection oculaire : kératite, uvéite, ou rétinite aiguë (max 2x/ép) PCRHSVNEO <input type="checkbox"/> Herpès néonatal (max 1x/épisode) PCRHSVIC <input type="checkbox"/> Patient immunodéprimé et lésions tractus oesophagien/intestinal/respiratoire (max2x/ép) PCRHSVCP <input type="checkbox"/> Indication hors INAMI (€)		<b>INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES : CHLAMYDIA TRACHOMATIS, NEISSERIA GONORRHOEAE MYCOPLASMA GENITALIUM, TRICHOMONAS VAGINALIS (kit "Alinity M Multi-Collect" Abbott)</b> <b>Sur frottis endocervical/vaginal/urétral :</b> PCRISTEC <input type="checkbox"/> Recherche d'une IST (Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, Mycoplasma genitalium, Trichomonas vaginalis) si groupe à risque/signes cliniques (2x/an) PCRISTEC <input type="checkbox"/> Suivi d'une IST (uniquement si résultat antérieur positif pour un des pathogènes précités, au moins 14j après traitement)			
<b>VARICELLE - HERPES ZOSTER</b> PCRZVLCL <input type="checkbox"/> Sur LCR : signes d'encéphalite, méningo-encéphalite, méningite, ou myélite (max 2x/ép) PCRZVOPHT <input type="checkbox"/> Patient avec affection oculaire : kératite, uvéite, ou rétinite aiguë (max 2x/épisode) PCRZVCP <input type="checkbox"/> Indication hors INAMI (€)		<b>Sur urine :</b> PCRISTUR <input type="checkbox"/> Recherche d'une IST causée par Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae Mycoplasma genitalium, Trichomonas vaginalis) si groupe à risque/signes cliniques (2x/an) PCRISTUR <input type="checkbox"/> Suivi d'une IST (uniquement si résultat antérieur positif pour un des pathogènes précités, au moins 14j après traitement)			
<b>ENTEROVIRUS</b> PCRENERO1 <input type="checkbox"/> Sur LCR, en cas de symptômes de méningite virale ou méningo-encéphalite (1x/épisode) PCRENERO2 <input type="checkbox"/> En cas de péricardite aiguë et/ou myocarde (max 2x/épisode) PCRENERO3 <input type="checkbox"/> Diagnostic prénatal sur liquide amniotique (si diagnostic échographique clair, retard croissance foetale, poly/oligohydramnios, épanchement pleural/péricardique, zones hyperéchogènes / calcifications abdominales, ou mort in utero) (max 1x) PCRENEROCP <input type="checkbox"/> Indication hors INAMI (€)		<b>THROMBOPHILIE (grand tube EDTA - bouchon mauve)</b> PCRFSL <input type="checkbox"/> Mutation Facteur V Leiden - remboursé si APCR+ ; si non connue, merci de la prescrire : <input type="checkbox"/> APC Résistance (Tube citraté) PCRMTUT2 <input type="checkbox"/> Mutation G20210A du facteur II (<55ans + atcd MTEV/atcd familiaux récidivants/CIVD) MTHFR <input type="checkbox"/> Mutation du gène MTHFR			
<b>TOXOPLASMA GONDII</b> PCRTOXO1 <input type="checkbox"/> Diagnostic de toxoplasmose cérébrale chez un patient immunodéprimé sérologie IgG+, et signes cliniques/radiologiques évoquant une toxoplasmose cérébrale (1x/épisode) PCRTOXO2 <input type="checkbox"/> Diagnostic prénatal d'une toxoplasmose congénitale (liquide amniotique) : séroconversion ou durant la grossesse ou sérologie ne permettant pas de l'exclure (max1x) PCRTOXO3 <input type="checkbox"/> Mise au point de mort in utéro, d'hydrocéphalie, de calcification intracrâniennes (max 1x) PCRTOXO4 <input type="checkbox"/> Diagnostic toxoplasmose oculaire : IgG+ et fond d'œil suggestif de chorioretinite (max1x) PCRTOXOCP <input type="checkbox"/> Indication hors INAMI (€)		<b>AUTRES ANALYSES SOUHAITEES</b> HEMOCR <input type="checkbox"/> Hémochromatose MUCOV <input type="checkbox"/> Mucoviscidose XFRAG <input type="checkbox"/> X fragile <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> .....			