

FORMULAIRE PCR MICROBIOLOGIE 24BIS

Par sa signature, le prescripteur certifie que le patient a été informé de l'absence de remboursement par la sécurité sociale de certaines analyses prescrites en dehors des indications*. Le patient accepte par ailleurs de prendre à sa charge ce surcoût.

Les analyses seront facturées au patient en l'absence d'indication reprise dans la nomenclature.

Médecin prescripteur

Cachet, signature et date :/...../.....

☐ Copie à :

Clinique CHC Hermalle 04 374 71 88
Clinique CHC Heusy 087 21 37 30
Clinique CHC MontLégia 04 355 63 00
Clinique CHC Waremmme 019 33 96 66
Klinik St. Josef St. Vith 080 85 44 18
St. Nikolaus Hospital Eupen 087 59 96 30
www.chc.be/laboratoire - sec.labo.mle@chc.be

Date et heure de prélèvement :

Lieu :

Préleveur :



ETIQUETTE LABORATOIRE

NOM : Prénom :

Date de naissance : Sexe : ☐ M ☐ F ☐ X

ETIQUETTE PATIENT OU A DEFAUT

[S4_295PCRmicrobio24bis-1]

Adresse :

Tél. : N° de reg. national :

HEPATITE B (HBV)	(PCR quantitative) (80,99 €)	Prélèvement	Fréquence maximale autorisée
Règles diagnostiques :		10mL sang EDTA NB : tube destiné uniquement à cette analyse, à envoyer au labo le jour du prélèvement	
☐ Lors de l'initialisation d'un traitement chez les patients chroniques positifs pour l'antigène HBs			1 fois, sauf au cours de la 1 ^{re} année : max. 3 fois
☐ Pour le suivi du traitement de patients chroniques positifs pour l'antigène HBs			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			2 fois/an
☐ En dehors de ces critères (80,99 euros à charge patient)*			

HEPATITE C (HCV)	(PCR quantitative) (80,99 €)	Prélèvement	Fréquence maximale autorisée
Règles diagnostiques :		10mL sang EDTA NB : tube destiné uniquement à cette analyse, à envoyer au labo le jour du prélèvement	
☐ Suspicion d'infection HCV chez un enfant d'une mère démontrée HCV-positif			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 symptômes 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
☐ Suivi de traitement (pour autant que cela soit justifié dans le contexte du suivi de traitement)			4 fois par période de traitement
☐ En dehors de ces critères (80,99 euros à charge patient)*			

* Consentement du patient :

Je déclare avoir reçu des informations claires sur l'utilité des analyses demandées. Je suis informé(e) que ces analyses sont en dehors des critères de remboursement par la sécurité sociale et je m'engage à payer la facture qui me sera adressée par le laboratoire.

A faire signer par le patient :

Date :/...../.....

Signature :

CYTOMEGALOVIRUS (CMV) (PCR qualitative) (56,69 €)	Prélèvement	Fréquence maximale autorisée
Règles diagnostiques : dépistage du CMV congénital sur urine :	Urine	1 fois, dans les 21 premiers jours de vie
☐ Symptômes compatibles avec une infection congénitale		
☐ Indication sérologique d'une primo-infection maternelle		
☐ Anomalies compatibles à l'écho/IRM pendant la grossesse		
☐ Perte auditive neurosensorielle confirmée (SNHL)		
☐ En dehors de ces critères (56,69 euros à charge patient)*		

ENTEROVIRUS (PCR qualitative) (60,74 €)	Prélèvement	Fréquence maximale autorisée
Règle diagnostique :		
☐ Symptômes de méningite virale ou méningo-encéphalite	LCR	1 fois/épisode
☐ En dehors de ces critères (60,74 euros à charge patient)*		

HERPES SIMPLEX VIRUS (HSV1/2) (PCR qualitative) (60,74 €)	Prélèvement	Fréquence maximale autorisée
Règles diagnostiques :		
☐ Signes d'encéphalite, méningo-encéphalite, méningite ou myélite	LCR	2 fois/épisode
☐ Herpes néonatal	LCR	1 fois/épisode
☐ En dehors de ces critères (60,74 euros à charge patient)*		

VARICELLA-ZOSTER VIRUS (VZV) (PCR qualitative) (60,74 €)	Prélèvement	Fréquence maximale autorisée
Règle diagnostique :		
☐ Signes d'encéphalite, méningo-encéphalite, méningite ou myélite	LCR	2 fois/épisode
☐ En dehors de ces critères (60,74 euros à charge patient)*		

MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS (BK) (PCR qualitative) (60,74 €)	Prélèvement	Fréquence maximale autorisée
Origine du prélèvement (à cocher obligatoirement) :	☐ Expectoration ☐ Lavage broncho-alvéolaire ☐ Aspi. endotrachéale ☐ Aspi. endobronchique ☐ Autre :	
Règle diagnostique :		
☐ Patient ne recevant pas de traitement antituberculeux depuis plus de 7 jours + - examen direct montrant la présence de bacilles acido-alcoolrésistants OU - forte suspicion clinique et radiologique de tuberculose OU - échantillon respiratoire prélevé par une technique invasive		1 fois/prélèvement ; 3 fois/année civile
☐ En dehors de ces critères (60,74 euros à charge patient)*		

BORDETELLA PERTUSSIS (PCR qualitative) (60,74 €)	Prélèvement	Fréquence maximale autorisée
Origine du prélèvement (à cocher obligatoirement) :	☐ Frottis nasopharyngé post. ☐ Aspiration nasopharyngée ☐ Lavage broncho-alvéolaire ☐ Aspiration endobronchique ☐ Autre : NB : non remboursé pour tout autre type de prél. (dont frottis nasal et de gorge)	
Règles diagnostiques :		
☐ Enfant < 16 ans, symptômes compatibles avec la coqueluche pendant > 6 jours et < 22 jours, non vacciné récent (3 ans), à condition qu'il n'ait pas subi une thérapie de ≥ 5 jours par macrolides ou triméthoprime/sulfaméthoxazole. Prescription réalisée par un pédiatre.		1 fois/épisode
☐ Enfant < 1 an, vaccination incomplète (< 3 doses), symptômes catarrhaux suivis de nausées, bradycardie ou d'apnée(s), à condition qu'il n'ait pas subi une thérapie de ≥ 5 jours par macrolides ou triméthoprime/sulfaméthoxazole. Prescription réalisée par un pédiatre.		1 fois/épisode
☐ En dehors de ces critères (60,74 euros à charge patient)*		

*** Consentement du patient :**

Je déclare avoir reçu des informations claires sur l'utilité des analyses demandées. Je suis informé(e) que ces analyses sont en dehors des critères de remboursement par la sécurité sociale et je m'engage à payer la facture qui me sera adressée par le laboratoire.

A faire signer par le patient :

Date :/...../.....

Signature :