

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 maximum 1 fois
- Confirmation de la présence de HCV chez un patient démontré positif pour les Anticorps anti HCV maximum 1 fois
- 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
- Accident par piquûre 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
- 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

- Pour initialiser un traitement maximum 1 fois
- 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

- 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
- Pour le suivi du traitement de patients chroniques porteurs de l'antigène HBs maximum 2 fois par an
- 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 (*)

Cytomégalo virus (CMV)

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

PCR QUALITATIVE du virus du cytomégalo virus (B 1400#)

PCR QUANTITATIVE du virus du Cytomégalo virus (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."

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 type="checkbox"/> Sang (coagulé) (<input type="checkbox"/> Selles)
<input type="checkbox"/> Péricardite aiguë et/ou myocardite		maximum 2 fois / épisode	<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"/> 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"/> Autre, à préciser
<input type="checkbox"/> Affections oculaires: kératite, uvéite, rétinite aiguë		maximum 2 fois / épisode	<input type="checkbox"/> oculaire <input type="checkbox"/> 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"/> Autre, à préciser
<input type="checkbox"/> Affections oculaires: kératite, uvéite, rétinite aiguë		maximum 2 fois / épisode	<input type="checkbox"/> oculaire <input type="checkbox"/> 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		maximum 1 fois / épisode	<input type="checkbox"/> oculaire <input type="checkbox"/> à préciser
<input type="checkbox"/> Diagnostic de Toxoplasmose oculaire si sérologie IgG positive et chorioretinite au F.O.			

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) <input type="checkbox"/> Frottis urétral (#) <input type="checkbox"/> Frottis endo-cervical (#) <input type="checkbox"/> Liquide de ponction	Suivi: max 1x/an	
	(#) 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) <input type="checkbox"/> Signes cliniques d'infection à Chlamydia	Suivi: max 1x/an	
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:	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. <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		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	
Préciser si: <input type="checkbox"/> Mucoviscidose <input type="checkbox"/> Immuno-déprimé	En fonction des renseignements cliniques et/ou de prélèvements inadéquats, le biologiste se réserve le droit de ne pas réaliser certaines PCR	
Agents pathogènes recherchés:		
Prélèvements: (conservation à 4°C)	Préciser clairement l'origine du prélèvement: 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	

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

PHOTOCOPIES REFUSEES