

DEMANDE D'ANALYSE VIH

CENTRE DE RÉFÉRENCE VIH - CHU DE CHARLEROI

Q04PQ05A36 - v001



Renseignements patient

Nom:

Sexe: ☐ M

☐ F

Prénom:

Date:

Heure:

Né(e) le:

Adresse:

Secrétariat HCMC : 24770

Secrétariat Vésale: 24700

Numéro NISS:

Préleveur

Renseignements prescripteur

Médecin:

N° INAMI:

Date:

Signature

+ cachet:

Communications

☐ Copie au Dr.:

Adresse:

☐ Sang total sur EDTA (tube mauve)

Un tube 4 mL par test - Il est impératif que le tube soit entièrement rempli

HIV CHARGE VIRALE

XPCR HIVARN

☐ Charge virale HIV-1

LRS campus Erasme

XPCR HIV2

☐ Charge virale HIV-2

LRS campus UCL

Renseignements cliniques (obligatoire)

☐ Nouveau diagnostic

☐ Suivi

☐ Patient HIV+ connu ; suivi auparavant à l'étranger

☐ Autre :

HIV GENOTYPAGE

XPCR HIV1 GENOTYPE

☐ Génotypage HIV-1

LRS campus Erasme

XPCR HIV2 GENOTYPE

☐ Génotypage HIV-2

LRS campus UCL

Renseignements cliniques (obligatoire)

☐ Nouveau diagnostic

☐ Patient naïf de traitement antirétroviral

☐ Échec thérapeutique

☐ Autre :

HIV PCR ADN

XPCR HIVADN

☐ PCR HIV-1 ADN

Tube pédiatrique de 1 mL

Si < 2 ans

LRS campus Erasme

A compléter par le secrétariat médical HCMC (service pédiatrie : 22191)

Données maman du patient : Nom:

Prénom:

Date de naissance: