



NATIONAAL REFERENTIE CENTRUM (NRC) VIRALE HEPATITIS

AANVRAAGFORMULIER MEE TE STUREN MET HET STAAL

Gelieve dit formulier in te vullen. De uitgevoerde tests zijn de tests die op dit formulier zijn aangevraagd. De gegevens op dit formulier worden gebruikt voor rapportage en toezicht.

SCIENSANO - VIRALE ZIEKTEN	KLINISCH LABORATORIUM																																				
Juliette Wytsmanstraat 14 1050 Brussel Virale Hepatitis NRC Tel : 02/642.51.11 Fax : 02/ 373.32.91 virologie@sciensano.be 	Hippocrateslaan 10 1200 Brussel Dr. B. KABAMBA Tel : 02/764.67.26 Fax : 02/764.69.33 benoit.kabamba@uclouvain.be 																																				
Identificatie van het aanvragend laboratorium	Klinische en epidemiologische gegevens																																				
Naam van het laboratorium : Naam verantwoordelijke : Adres : Postcode, Stad : Tel : E-mail : Aanvragende arts : RIZIV nummer :	<table border="0"> <thead> <tr> <th>Ja</th> <th>Nee</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Gehospitaliseerd</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Zwanger</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Chronische hepatitis</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Verstoorde leverenzymen</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Immuun-gecompromitteerd</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Transplantatie</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Transfusie</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Dialyse</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Diabetes</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Levercirrose</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Verblijf in het buitenland (< 3 maanden voor symptomen)</td> </tr> </tbody> </table>	Ja	Nee		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gehospitaliseerd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zwanger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chronische hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verstoorde leverenzymen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Immuun-gecompromitteerd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transplantatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transfusie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dialyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Levercirrose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verblijf in het buitenland (< 3 maanden voor symptomen)
Ja	Nee																																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gehospitaliseerd																																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zwanger																																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chronische hepatitis																																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verstoorde leverenzymen																																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Immuun-gecompromitteerd																																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transplantatie																																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transfusie																																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dialyse																																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes																																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Levercirrose																																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verblijf in het buitenland (< 3 maanden voor symptomen)																																			
Informatie betreffende het staal																																					
Interne referentie : Type staal : Datum van afname :																																					
Informatie betreffende de patiënt																																					
Naam : Geslacht : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V Geboortedatum : Rijksregisternummer : Postcode :	Indien ja, bestemming : Andere info :																																				
Behandeling	Symptomen																																				
Antivirale behandeling : <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee Indien ja, type : Start van de behandeling : Andere behandeling(en) :	<table border="0"> <thead> <tr> <th>Ja</th> <th>Nee</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Koorts</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Hoofdpijn</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Geelzucht</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Buikpijn</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Diarree</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Misselijkheid</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Braken</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Neurologische symptomen</td> </tr> </tbody> </table>	Ja	Nee		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Koorts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hoofdpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Geelzucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Buikpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diarree	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Misselijkheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Braken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurologische symptomen									
Ja	Nee																																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Koorts																																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hoofdpijn																																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Geelzucht																																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Buikpijn																																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diarree																																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Misselijkheid																																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Braken																																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurologische symptomen																																			

Analyses	Serologie	Moleculaire biologie
Hepatitis A <input type="checkbox"/> Serum	<input type="checkbox"/> IgM screening (ELISA) € <input type="checkbox"/> IgM confirmatie (ELISA) * Uw resultaat HAV IgM [verplicht als confirmatie]:	<input type="checkbox"/> PCR * (automatisch in geval van positieve/onbepaalde IgM) Klinische informatie in te vullen op de vorige pagina [verplicht voor PCR]
	<input type="checkbox"/> Ig totaal screening (ELISA) € <input type="checkbox"/> Ig totaal confirmatie (ELISA) * Uw resultaat HAV Ig _{Tot} [verplicht als confirmatie]	<input type="checkbox"/> Genotypering * Resultaten HAV PCR [verplicht voor alleen genotypering] :
Hepatitis D <input type="checkbox"/> Serum	<input type="checkbox"/> Ig totaal screening (ELISA) € <input type="checkbox"/> Ig totaal confirmatie (ELISA) * Uw resultaat HDV Ig _{Tot} [verplicht als confirmatie]	<input type="checkbox"/> RT-qPCR * (automatisch in geval van positieve/ onbepaalde Ig _{Tot}) Uw resultaat [verplicht voor PCR] : <ul style="list-style-type: none"> - HDV serologie en/of - HBsAg en/of - HBV PCR
Hepatitis E <input type="checkbox"/> Serum	<input type="checkbox"/> IgM screening (ELISA) € <input type="checkbox"/> IgM confirmatie (ELISA) * Uw resultaat HEV IgM [verplicht als confirmatie]:	<input type="checkbox"/> RT-qPCR * (automatisch in geval van positieve/ onbepaalde IgM) Ten minste één van de volgende velden moet worden ingevuld [verplicht] : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Resultaten HEV IgM positief : ▪ Immunogecompromitteerde <input type="checkbox"/> ja ▪ Chronisch HEV <input type="checkbox"/> ja ▪ Sterke verdenking van <ul style="list-style-type: none"> • Acute HEV infectie <input type="checkbox"/> ja • Herinfectie met HEV <input type="checkbox"/> ja Rechtvaardigen :
	<input type="checkbox"/> IgG screening (ELISA) € <input type="checkbox"/> IgG confirmatie (ELISA) * Uw resultaat HEV IgG [verplicht als confirmatie] :	<input type="checkbox"/> Genotypering * Resultaten HEV PCR [verplicht voor alleen genotypering] :
€ Facturatie volgens de nomenclatuur van het RIZIV. * Betaald door de NRC.		
Datum :		Handtekening :
