

CENTRE NATIONAL DE REFERENCE (CNR) DES HEPATITES VIRALES

FORMULAIRE A ENVOYER AVEC L'ECHANTILLON AU CENTRE DE REFERENCE

Merci de compléter ce formulaire. Les tests effectués sont ceux demandés sur ce formulaire. Les données contenues dans ce formulaire sont utilisées à des fins de rapportage et de surveillance.

SERVICE DES MALADIES VIRALES	LABORATOIRES CLINIQUES
Rue Juliette Wytsman, 14 1050 Bruxelles CNR Hépatites Virales Tel : 02/642.51.11 Fax : 02/ 373.32.91 virologie@sciensano.be 	Avenue Hippocrate, 10 1200 Bruxelles Dr. B. KABAMBA Tel : 02/764.67.26 Fax : 02/764.69.33 benoit.kabamba@uclouvain.be  <small>Un hôpital pour la Vie</small>
Identification du laboratoire demandeur	Données cliniques et épidémiologiques
Nom du laboratoire : Nom du responsable : Adresse : Code postal, Localité : Tel : E-mail : Médecin prescripteur : Numéro INAMI :	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hospitalisation <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Femme enceinte <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hépatite chronique <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Perturbation enzymes hépatiques <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Immunodépression <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Transplantation <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Transfusion <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sous dialyse <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cirrhose du foie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Séjour à l'étranger (< 3 mois avant symptômes)
Renseignements sur l'échantillon	Si oui, destination: Autres informations:
Référence interne : Type de prélèvement : Date de prélèvement :	Symptômes
Renseignements sur le patient	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fièvre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Maux de tête <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ictère <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Douleurs abdominales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diarrhée <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nausée <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Vomissements <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Symptômes neurologiques
Nom : Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Date de naissance : Numéro registre national : Code postal :	
Traitement	
Traitement antiviral : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, type : Date du début du traitement : Autre(s) traitement(s) :	

Analyses	Sérologie	Biologie moléculaire
Hépatite A <input type="checkbox"/> Sérum	<input type="checkbox"/> IgM screening (ELISA) € <input type="checkbox"/> IgM confirmation (ELISA) * Résultats HAV IgM [obligatoire si confirmation] :	<input type="checkbox"/> PCR * (automatique en cas d'IgM positifs/indéterminés) Informations cliniques à compléter obligatoirement sur la page précédente pour la PCR
	<input type="checkbox"/> Ig totales screening (ELISA) € <input type="checkbox"/> Ig totales confirmation (ELISA) * Résultats HAV Ig _{Tot} [obligatoire si confirmation] :	<input type="checkbox"/> Génotypage * Résultats HAV PCR [obligatoire en cas de génotypage seul] :
Hépatite D <input type="checkbox"/> Sérum	<input type="checkbox"/> Ig totales screening (ELISA) € <input type="checkbox"/> Ig totales confirmation (ELISA) * Résultats HDV Ig _{Tot} [obligatoire si confirmation] :	<input type="checkbox"/> RT-qPCR * (automatique en cas d'Ig _{Tot} positifs/indéterminés) Résultats [obligatoire pour la PCR] : - Sérologie HDV et/ou - HBsAg et/ou - HBV PCR
Hépatite E <input type="checkbox"/> Sérum	<input type="checkbox"/> IgM screening (ELISA) € <input type="checkbox"/> IgM confirmation (ELISA) * Résultats HEV IgM [obligatoire si confirmation] :	<input type="checkbox"/> RT-qPCR * (automatique en cas d'IgM positifs/indéterminés) Au moins un des champs ci-dessous doit être complété [obligatoire] : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Résultats HEV IgM positif : ▪ Immunodépression <input type="checkbox"/> oui ▪ HEV chronique <input type="checkbox"/> oui ▪ Forte suspicion <ul style="list-style-type: none"> • d'infection aiguë <input type="checkbox"/> oui • de réinfection <input type="checkbox"/> oui Justifiez :
	<input type="checkbox"/> IgG screening (ELISA) € <input type="checkbox"/> IgG confirmation (ELISA) * Résultats HEV IgG [obligatoire si confirmation] :	<input type="checkbox"/> Génotypage * Résultats HEV PCR [obligatoire en cas de génotypage seul] :

€ Analyse facturée selon la nomenclature INAMI.

* Analyse prise en charge financièrement par le CNR.

Date :	Signature : X _____
--------	----------------------------

Analyses	Sérologie	Biologie moléculaire
Hépatite B <small>St-Luc</small> <input type="checkbox"/> Plasma EDTA <input type="checkbox"/> Sérum (sérologie)	<input type="checkbox"/> HBsAg (ELISA) *	<input type="checkbox"/> qPCR confirmation [<i>HBVADN</i>] * Résultats HBV qPCR [obligatoire] :
		<input type="checkbox"/> Génotypage [<i>HBVSEQ</i>] * Résultats HBV qPCR / HBsAg [obligatoire] :
		<input type="checkbox"/> Résistance aux antiviraux [<i>HBVSEQ</i>] * Résultats HBV qPCR / HBsAg [obligatoire] :
Initiation de traitement chez HBsAg+ (max. 3 tests remboursés la 1 ^{ère} année) [obligatoire]		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Suivi de traitement chez HBsAg+ (max. 2 tests remboursés par an) [obligatoire]		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Tests hépatiques anormaux chez HBsAg+ (max. 2 tests remboursés par an) [obligatoire]		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Autres indications (à préciser, non remboursé) :		
Hépatite C <input type="checkbox"/> Plasma EDTA (qPCR et génotypage) <input type="checkbox"/> Sérum (sérologie)	<input type="checkbox"/> Anti-HCV Ig totales (ELISA) * <small>St-Luc</small>	<input type="checkbox"/> RT-qPCR confirmation [<i>HCARNQ</i>] * <small>St-Luc</small> Résultats HCV qPCR [obligatoire] :
	<input type="checkbox"/> Anti-HCV confirmation (Immunoblot) * Seulement si sérologie positive et PCR négative [résultats obligatoires] :	<input type="checkbox"/> Génotypage [<i>HCV NS5B</i>] * <small>St-Luc</small> Résultats HCV qPCR / Ig [obligatoire] :
		<input type="checkbox"/> Résistance aux antiviraux [<i>HCV NS5B</i>] * <small>St-Luc</small> Résultats HCV qPCR / Ig [obligatoire] :
Nouveau-né de mère HCV positive (max. 1 test remboursé) [obligatoire]		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Confirmation de sérologie HCV positive (max. 1 test remboursé) [obligatoire]		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Hépatite chez immunodéprimés ou dialysé (max. 1 test remboursé) [obligatoire]		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Hépatite après accident avec source HCV+ (max. 1 test remboursé) [obligatoire]		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Traitement : max. 4 PCR remboursées		
- 1 ^{ère} PCR de bilan pré-traitement [obligatoire]		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
- 2 ^{ème} PCR au cours du traitement à mois [obligatoire]		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
- 3 ^{ème} PCR au cours du traitement à mois [obligatoire]		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
- 4 ^{ème} PCR au cours du traitement à mois [obligatoire]		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Autres PCR remboursées, indications à préciser :		
Suivis ultérieurs / Autres indications (non remboursé, à préciser) :		
<small>St-Luc</small> Test effectué par les cliniques universitaires Saint-Luc. Merci d'envoyer directement votre échantillon à l'exécutant des tests. * Analyse prise en charge financièrement par le CNR.		
Date :		Signature : X _____