



LABORATOIRE BAUDUIN

Référence labo

Square Val-Lise, 7 - 7850 Enghien  
 Tél.: 02/395.65.00 - Fax : 02/397.06.35  
 E-mail : resultat@labobaud.be

Etiquette d'identification



RENSEIGNEMENTS PATIENT

Nom : \_\_\_\_\_  
 Prénom : \_\_\_\_\_  
 Rue : \_\_\_\_\_  
 Localité : \_\_\_\_\_  
 N° NISS : \_\_\_\_\_  
 D de naissance : / / Sexe:  M  F  
 Tél. : \_\_\_\_\_

Vignette du patient ou N° NISS  
 \_\_\_\_\_

ANALYSES DEMANDÉES

SEROLOGIE VIRALE

**HEPATITE A**

Ac hép. A tot.  
 IgM

**HEPATITE B**

Ag HBS  
 Ac HBS  
 Ac HBc totaux

**HEPATITE C**

Ac anti-HCV

**HIV**

HIV 1 et 2 (Ag + Ac)

SERO BACTERIENNE

Syphilis (TP)  
 VDRL

BACTERIOLOGIE

**URINES**

Réactions-Sédiment  
 Ex. direct (Gram)  
 Culture + AB éventuel  
 Culture mycose

**MST (PCR)**

C. trachomatis  M. genitalium  
 N. gonorrhoeae  T. Vaginalis

**PELEVEMENT GENITAL**

Culture + AB  Culture mycose

**MST (PCR)**

C. trachomatis  M. genitalium  
 N. gonorrhoeae  T. Vaginalis

Recontrôle PCR si POSITIF

RCC (Joindre le formulaire IPG)

**GORGE**

Culture + AB  Culture mycose

**MST (PCR)**

C. trachomatis  M. genitalium  
 N. gonorrhoeae  T. Vaginalis

**ANUS**

**MST (PCR)**

C. trachomatis  M. genitalium  
 N. gonorrhoeae  T. Vaginalis

Autre(s) : .....

Identification  Oui  Non

COORDONNÉES DU PRESCRIPTEUR

Docteur : \_\_\_\_\_  
 Rue : \_\_\_\_\_  
 Localité : \_\_\_\_\_  
 N° INAMI : \_\_\_\_\_  
 Fax.: \_\_\_\_\_  
 E-mail : \_\_\_\_\_

Option(s) de réponse :  Fax  E-mail  eHealthbox  
 Copie Dr : ..... Copie patient

Cachet + Signature