



**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
- N. gonorrhoeae
- M. genitalium
- T. Vaginalis

**PELEVEMENT GENITAL**

- Culture + AB
- Culture mycose
- MST (PCR)**
- C. trachomatis
- N. gonorrhoeae
- M. genitalium
- T. Vaginalis

- Recontrôle PCR si POSITIF

- RCC (Joindre le formulaire IPG)

**GORGE**

- Culture + AB
- Culture mycose

**MST (PCR)**

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

**ANUS**

**MST (PCR)**

- C. trachomatis
- N. gonorrhoeae
- M. genitalium
- 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**