



RENSEIGNEMENTS PATIENT

<p>Nom : _____</p> <p>Prénom : _____</p> <p>Rue : _____</p> <p>Localité : _____</p> <p>N° NISS : _____</p> <p>D de naissance : / / Sexe: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F</p> <p>Tél. : _____</p>	<p>Vignette du patient ou N° NISS</p> <p>_____</p>
---	---

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

<p>Docteur : _____</p> <p>Rue : _____</p> <p>Localité : _____</p> <p>N° INAMI : _____</p> <p>Fax.: _____</p> <p>E-mail : _____</p>	<p>Option(s) de réponse : <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> eHealthbox</p> <p>Copie Dr : Copie patient <input type="checkbox"/></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 20px; text-align: center; font-size: 24px; font-weight: bold;">Cachet + Signature</div>
--	---