

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
- 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