



RENSEIGNEMENTS PATIENT

Nom : _____
Prénom : _____
Rue : _____
Localité : _____
N° NISS : _____
D de naissance : / / Sexe: M F

Vignette du patient ou N° NISS

NOUVEAU Copie électronique PATIENT :

Copie patient n° GSM ou email :

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

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 :

Cachet + Signature