

CENTRE NATIONAL DE REFERENCE (CNR) DES HEPATITES VIRALES

FORMULAIRE A ENVOYER AVEC L'ECHANTILLON AU CENTRE DE REFERENCE

Merci de compléter ce formulaire. Les tests effectués sont ceux demandés sur ce formulaire. Les données contenues dans ce formulaire sont utilisées à des fins de rapportage et de surveillance.

SERVICE DES MALADIES VIRALES	LABORATOIRES CLINIQUES																																				
Rue Juliette Wytsman, 14 1050 Bruxelles CNR Hépatites Virales Tel : 02/642.51.11 Fax : 02/ 373.32.91 virologie@sciensano.be 	Avenue Hippocrate, 10 1200 Bruxelles Dr. B. KABAMBA Tel : 02/764.67.26 Fax : 02/764.69.33 benoit.kabamba@uclouvain.be 																																				
Identification du laboratoire demandeur	Données cliniques et épidémiologiques																																				
Nom du laboratoire : Nom du responsable : Adresse : Code postal, Localité : Tel : E-mail : Médecin prescripteur : Numéro INAMI :	<table style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">Oui</th> <th style="width: 10%;">Non</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>☐</td><td>☐</td><td>Hospitalisation</td></tr> <tr><td>☐</td><td>☐</td><td>Femme enceinte</td></tr> <tr><td>☐</td><td>☐</td><td>Hépatite chronique</td></tr> <tr><td>☐</td><td>☐</td><td>Perturbation enzymes hépatiques</td></tr> <tr><td>☐</td><td>☐</td><td>Immunodépression</td></tr> <tr><td>☐</td><td>☐</td><td>Transplantation</td></tr> <tr><td>☐</td><td>☐</td><td>Transfusion</td></tr> <tr><td>☐</td><td>☐</td><td>Sous dialyse</td></tr> <tr><td>☐</td><td>☐</td><td>Diabète</td></tr> <tr><td>☐</td><td>☐</td><td>Cirrhose du foie</td></tr> <tr><td>☐</td><td>☐</td><td>Séjour à l'étranger (< 3 mois avant symptômes)</td></tr> </tbody> </table> Si oui, destination: Autres informations:	Oui	Non		☐	☐	Hospitalisation	☐	☐	Femme enceinte	☐	☐	Hépatite chronique	☐	☐	Perturbation enzymes hépatiques	☐	☐	Immunodépression	☐	☐	Transplantation	☐	☐	Transfusion	☐	☐	Sous dialyse	☐	☐	Diabète	☐	☐	Cirrhose du foie	☐	☐	Séjour à l'étranger (< 3 mois avant symptômes)
Oui	Non																																				
☐	☐	Hospitalisation																																			
☐	☐	Femme enceinte																																			
☐	☐	Hépatite chronique																																			
☐	☐	Perturbation enzymes hépatiques																																			
☐	☐	Immunodépression																																			
☐	☐	Transplantation																																			
☐	☐	Transfusion																																			
☐	☐	Sous dialyse																																			
☐	☐	Diabète																																			
☐	☐	Cirrhose du foie																																			
☐	☐	Séjour à l'étranger (< 3 mois avant symptômes)																																			
Renseignements sur l'échantillon																																					
Référence interne : Type de prélèvement : Date de prélèvement :																																					
Renseignements sur le patient																																					
Nom : Sexe : ☐ M ☐ F Date de naissance : Numéro registre national : Code postal :																																					
Symptômes																																					
Traitement Traitement antiviral : ☐ oui ☐ non Si oui, type : Date du début du traitement : Autre(s) traitement(s) :	<table style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">Oui</th> <th style="width: 10%;">Non</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>☐</td><td>☐</td><td>Fièvre</td></tr> <tr><td>☐</td><td>☐</td><td>Maux de tête</td></tr> <tr><td>☐</td><td>☐</td><td>Ictère</td></tr> <tr><td>☐</td><td>☐</td><td>Douleurs abdominales</td></tr> <tr><td>☐</td><td>☐</td><td>Diarrhée</td></tr> <tr><td>☐</td><td>☐</td><td>Nausée</td></tr> <tr><td>☐</td><td>☐</td><td>Vomissements</td></tr> <tr><td>☐</td><td>☐</td><td>Symptômes neurologiques</td></tr> </tbody> </table>	Oui	Non		☐	☐	Fièvre	☐	☐	Maux de tête	☐	☐	Ictère	☐	☐	Douleurs abdominales	☐	☐	Diarrhée	☐	☐	Nausée	☐	☐	Vomissements	☐	☐	Symptômes neurologiques									
Oui	Non																																				
☐	☐	Fièvre																																			
☐	☐	Maux de tête																																			
☐	☐	Ictère																																			
☐	☐	Douleurs abdominales																																			
☐	☐	Diarrhée																																			
☐	☐	Nausée																																			
☐	☐	Vomissements																																			
☐	☐	Symptômes neurologiques																																			

Analyses	Sérologie	Biologie moléculaire
Hépatite A ☐ Sérum		☐ PCR * (automatique en cas d'IgM positifs/indéterminés) Informations cliniques à compléter obligatoirement sur la page précédente pour la PCR
		☐ Génotypage * Résultats HAV PCR [obligatoire en cas de génotypage seul] :
Hépatite D ☐ Sérum	☐ Ig totales screening (ELISA) €	☐ RT-qPCR * (automatique en cas d'Ig _{Tot} positifs/indéterminés) Résultats [obligatoire pour la PCR] : - Sérologie HDV et/ou - HBsAg et/ou - HBV PCR
Hépatite E ☐ Sérum		☐ RT-qPCR * (automatique en cas d'IgM positifs/indéterminés) Au moins un des champs ci-dessous doit être complété [obligatoire] : ▪ Résultats HEV IgM positif : ▪ Immunodépression ☐ oui ▪ HEV chronique ☐ oui ▪ Forte suspicion • d'infection aiguë ☐ oui • de réinfection ☐ oui Justifiez :
☐ Génotypage * Résultats HEV PCR [obligatoire en cas de génotypage seul] :		
€ Analyse facturée selon la nomenclature INAMI. * Analyse prise en charge financièrement par le CNR.		
Date :		Signature : X _____

Analyses	Sérologie	Biologie moléculaire
Hépatite B St-Luc ☐ Plasma EDTA ☐ Sérum (sérologie)		☐ qPCR confirmation [HBVADN] * Résultats HBV qPCR [obligatoire] : ☐ Génotypage [HBVSEQ] * Résultats HBV qPCR / HBsAg [obligatoire] : ☐ Résistance aux antiviraux [HBVSEQ] * Résultats HBV qPCR / HBsAg [obligatoire] :
Initiation de traitement chez HBsAg+ (max. 3 tests remboursés la 1 ^{ère} année) [obligatoire] ☐ oui ☐ non Suivi de traitement chez HBsAg+ (max. 2 tests remboursés par an) [obligatoire] ☐ oui ☐ non Tests hépatiques anormaux chez HBsAg+ (max. 2 tests remboursés par an) [obligatoire] ☐ oui ☐ non Autres indications (à préciser, non remboursé) :		
Hépatite C ☐ Plasma EDTA (qPCR et génotypage) ☐ Sérum (sérologie)	 ☐ Anti-HCV confirmation (Immunoblot) * Seulement si sérologie positive et PCR négative [résultats obligatoires] :	☐ RT-qPCR confirmation [HCARNQ] * St-Luc Résultats HCV qPCR [obligatoire] : ☐ Génotypage [HCV NS5B] * St-Luc Résultats HCV qPCR / Ig [obligatoire] : ☐ Résistance aux antiviraux [HCV NS5B] * St-Luc Résultats HCV qPCR / Ig [obligatoire] :
Nouveau-né de mère HCV positive (max. 1 test remboursé) [obligatoire] ☐ oui ☐ non Confirmation de sérologie HCV positive (max. 1 test remboursé) [obligatoire] ☐ oui ☐ non Hépatite chez immunodéprimés ou dialysé (max. 1 test remboursé) [obligatoire] ☐ oui ☐ non Hépatite après accident avec source HCV+ (max. 1 test remboursé) [obligatoire] ☐ oui ☐ non Traitement : max. 4 PCR remboursées - 1 ^{ère} PCR de bilan pré-traitement [obligatoire] ☐ oui ☐ non - 2 ^{ème} PCR au cours du traitement à mois [obligatoire] ☐ oui ☐ non - 3 ^{ème} PCR au cours du traitement à mois [obligatoire] ☐ oui ☐ non - 4 ^{ème} PCR au cours du traitement à mois [obligatoire] ☐ oui ☐ non Autres PCR remboursées, indications à préciser : Suivis ultérieurs / Autres indications (non remboursé, à préciser) :		
St-Luc Test effectué par les cliniques universitaires Saint-Luc. Merci d'envoyer directement votre échantillon à l'exécutant des tests. * Analyse prise en charge financièrement par le CNR.		
Date :		Signature : X _____