



NATIONAAL REFERENTIE CENTRUM (NRC) VIRALE HEPATITIS

AANVRAAGFORMULIER MEE TE STUREN MET HET STAAL

Gelieve dit formulier in te vullen. De uitgevoerde tests zijn de tests die op dit formulier zijn aangevraagd. De gegevens op dit formulier worden gebruikt voor rapportage en toezicht.

SCIENSANO - VIRALE ZIEKTEN	KLINISCH LABORATORIUM																																				
Juliette Wytsmanstraat 14 1050 Brussel Virale Hepatitis NRC Tel : 02/642.51.11 Fax : 02/ 373.32.91 virologie@sciensano.be 	Hippocrateslaan 10 1200 Brussel Dr. B. KABAMBA Tel : 02/764.67.26 Fax : 02/764.69.33 benoit.kabamba@uclouvain.be 																																				
Identificatie van het aanvragend laboratorium	Klinische en epidemiologische gegevens																																				
Naam van het laboratorium : Naam verantwoordelijke : Adres : Postcode, Stad : Tel : E-mail : Aanvragende arts : RIZIV nummer :	<table border="0"> <thead> <tr> <th>Ja</th> <th>Nee</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Gehospitaliseerd</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Zwanger</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Chronische hepatitis</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Verstoorde leverenzymen</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Immuun-gecompromitteerd</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Transplantatie</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Transfusie</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Dialyse</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Diabetes</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Levercirrose</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Verblijf in het buitenland (< 3 maanden voor symptomen)</td> </tr> </tbody> </table>	Ja	Nee		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gehospitaliseerd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zwanger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chronische hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verstoorde leverenzymen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Immuun-gecompromitteerd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transplantatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transfusie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dialyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Levercirrose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verblijf in het buitenland (< 3 maanden voor symptomen)
Ja	Nee																																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gehospitaliseerd																																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zwanger																																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chronische hepatitis																																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verstoorde leverenzymen																																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Immuun-gecompromitteerd																																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transplantatie																																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transfusie																																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dialyse																																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes																																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Levercirrose																																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verblijf in het buitenland (< 3 maanden voor symptomen)																																			
Informatie betreffende het staal	Indien ja, bestemming : Andere info :																																				
Interne referentie : Type staal : Datum van afname :																																					
Informatie betreffende de patiënt	Symptomen																																				
Naam : Geslacht : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V Geboortedatum : Rijksregisternummer : Postcode :	<table border="0"> <thead> <tr> <th>Ja</th> <th>Nee</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Koorts</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Hoofdpijn</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Geelzucht</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Buikpijn</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Diarree</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Misselijkheid</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Braken</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Neurologische symptomen</td> </tr> </tbody> </table>	Ja	Nee		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Koorts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hoofdpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Geelzucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Buikpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diarree	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Misselijkheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Braken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurologische symptomen									
Ja	Nee																																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Koorts																																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hoofdpijn																																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Geelzucht																																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Buikpijn																																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diarree																																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Misselijkheid																																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Braken																																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurologische symptomen																																			
Behandeling																																					
Antivirale behandeling : <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee Indien ja, type : Start van de behandeling : Andere behandeling(en) :																																					

Analyses	Serologie	Moleculaire biologie
Hepatitis A <input type="checkbox"/> Serum	<input type="checkbox"/> IgM screening (ELISA) € <input type="checkbox"/> IgM confirmatie (ELISA) * Uw resultaat HAV IgM [verplicht als confirmatie]:	<input type="checkbox"/> PCR * (automatisch in geval van positieve/onbepaalde IgM) Klinische informatie in te vullen op de vorige pagina [verplicht voor PCR]
	<input type="checkbox"/> Ig totaal screening (ELISA) € <input type="checkbox"/> Ig totaal confirmatie (ELISA) * Uw resultaat HAV Ig _{Tot} [verplicht als confirmatie]	<input type="checkbox"/> Genotypering * Resultaten HAV PCR [verplicht voor alleen genotypering] :
Hepatitis D <input type="checkbox"/> Serum	<input type="checkbox"/> Ig totaal screening (ELISA) € <input type="checkbox"/> Ig totaal confirmatie (ELISA) * Uw resultaat HDV Ig _{Tot} [verplicht als confirmatie]	<input type="checkbox"/> RT-qPCR * (automatisch in geval van positieve/ onbepaalde Ig _{Tot}) Uw resultaat [verplicht voor PCR] : <ul style="list-style-type: none"> - HDV serologie en/of - HBsAg en/of - HBV PCR
Hepatitis E <input type="checkbox"/> Serum	<input type="checkbox"/> IgM screening (ELISA) € <input type="checkbox"/> IgM confirmatie (ELISA) * Uw resultaat HEV IgM [verplicht als confirmatie]:	<input type="checkbox"/> RT-qPCR * (automatisch in geval van positieve/ onbepaalde IgM) Ten minste één van de volgende velden moet worden ingevuld [verplicht] : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Resultaten HEV IgM positief : ▪ Immunogecompromitteerde <input type="checkbox"/> ja ▪ Chronisch HEV <input type="checkbox"/> ja ▪ Sterke verdenking van <ul style="list-style-type: none"> • Acute HEV infectie <input type="checkbox"/> ja • Herinfectie met HEV <input type="checkbox"/> ja Rechtvaardigen :
	<input type="checkbox"/> IgG screening (ELISA) € <input type="checkbox"/> IgG confirmatie (ELISA) * Uw resultaat HEV IgG [verplicht als confirmatie] :	<input type="checkbox"/> Genotypering * Resultaten HEV PCR [verplicht voor alleen genotypering] :
€ Facturatie volgens de nomenclatuur van het RIZIV. * Betaald door de NRC.		
Datum :		Handtekening :

Analyses	Serologie	Moleculaire biologie
Hepatitis B <i>St-Luc</i> <input type="checkbox"/> Plasma EDTA <input type="checkbox"/> Serum (serologie)	<input type="checkbox"/> HBsAg (ELISA) *	<input type="checkbox"/> qPCR confirmatie [<i>HBVADN</i>] * Resultaten HBV qPCR [verplicht] :
		<input type="checkbox"/> Genotypering [<i>HBVSEQ</i>] * Resultaten HBV qPCR / HBsAg [verplicht] :
		<input type="checkbox"/> Resistentie antivirale middelen [<i>HBVSEQ</i>] * Resultaten HBV qPCR / HBsAg [verplicht] :
Initiëring van de behandeling bij HBsAg+ (max. 3 testen vergoed in het eerste jaar) [verplicht]		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Vervolgbehandeling voor HBsAg+ (max. 2 tests per jaar) [verplicht]		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Abnormale levertests bij HBsAg+ (max. 2 tests per jaar) [verplicht]		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Andere indicaties (gelieve te specificeren, niet vergoed) :		
Hepatitis C <input type="checkbox"/> Plasma EDTA (qPCR en genotypering) <input type="checkbox"/> Serum (serologie)	<input type="checkbox"/> Anti-HCV Ig totaal (ELISA) * <i>St-Luc</i>	<input type="checkbox"/> RT-qPCR confirmatie [<i>HCARNQ</i>] * <i>St-Luc</i> Resultaten HCV qPCR [verplicht] :
	<input type="checkbox"/> Anti-HCV confirmatie (Immunoblot) * Enkel bij positieve serologie en negatieve HCV PCR [uw resultaat verplicht] :	<input type="checkbox"/> Genotypering [<i>HCV NS5B</i>] * <i>St-Luc</i> Resultaten HCV qPCR / Ig [obligatoire] :
		<input type="checkbox"/> Resistentie antivirale middelen [<i>HCV NS5B</i>] * <i>St-Luc</i> Resultaten HCV qPCR / Ig [verplicht] :
Pasgeborene van HCV-positieve moeder (max. 1 test vergoed) [verplicht]		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Bevestiging van positieve HCV-serologie (max. 1 test vergoed) [verplicht]		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Hepatitis bij immunogecompromitteerde of dialysepatiënten (max. 1 test vergoed) [verplicht]		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Hepatitis na ongeval met HCV+ bron (max. 1 test vergoed) [verplicht]		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Behandeling: max. 4 PCR's vergoed		
- Eerste PCR voor opstart van behandeling [verplicht]		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
- Tweede PCR tijdens de behandeling op maanden [verplicht]		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
- Derde PCR tijdens de behandeling op maanden [verplicht]		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
- Vierde PCR tijdens de behandeling op maanden [verplicht]		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Andere vergoede PCR, indicaties nader te bepalen :		
Verdere follow-up / Andere indicaties (niet vergoed, gelieve te specificeren) :		
<i>St-Luc</i> Testen uitgevoerd door het universitair ziekenhuis St-Luc. Gelieve het staal rechtstreeks naar de testuitvoerder te versturen. * Betaald door de NRC.		
Datum :		Handtekening : _____