

**MICROBIOLOGIE ET CYTOLOGIE (1 demande/prélèvement)**

**URINE - ÉCHANTILLON MI-JET**

155 200  Screening «tigette» ..... 6  
 236  Sédiment..... 6  
 207  Culture..... 6  
 253  Culture levures..... 6  
 57 209  BK examen direct..... 6  
 210  BK culture..... 6  
 6658  Culture Mycoplasma/ Ureaplasma..... 6  
 240  Calcul urinaire..... 6 ou 7  
 626  Cytologie (anapath.)..... 6

**FROTTIS URO-GENITAL** 10  
 Origine.....  
 561  Examen direct (Gram)  
 565  Culture + N.gono  
 567  Culture levures  
 598  Culture Mycoplasma/ Ureaplasma  
 562  *Trichom. vaginalis* (Ag)(4 €)  
 Cytologie (anapath.)

**PUS - EXSUDAT - DIVERS** 10  
 Origine.....  
 133  Examen direct (Gram)  
 501  Culture aérobie  
 513  Culture anaérobie  
 514  Culture levures  
 516  Culture champignons (ORL)  
 628  Cytologie (anapath.)

**FROTTIS DE GORGE** 10  
 400  Examen direct (Gram)  
 419  Antigène Strepto A  
 401  Culture  
 402  Culture levures

**EXPECTORATION**  
 61 530  Examen direct (Gram)  
 529  Eosinophile  
 531  Culture  
 532  Culture levures  
 538  Culture champignons  
 62 534  BK examen direct  
 535  BK culture  
 520  Cytologie (anapath.)

**DEPISTAGE/RECHERCHE** 10  
**MRSA**  
 410  Gorge  
 583  Nez  
 584  Périnée  
 580  Autre.....  
**Strepto B (femme enceinte 3<sup>ème</sup> trimestre)**  
 Origine.....  
**Influenza A/B Antigène**  
 590  Frottis rhino-pharyngé  
 591  Lavage nasal  
**RSV Antigène**  
 592  Frottis rhino-pharyngé  
 593  Lavage nasal

**PCR - Frottis IST: liquide de transport BOUCHON ROSE (1 demande/prélèvement)**

**PCR C. TRACHOMATIS (CT) / N. GONORRHOEAE (NG)** 10  
 585  Screening CT/NG (\*)  
 586  Screening CT/NG (38.7€)  
 587  Contrôle CT post traitement  
 588  Contrôle NG post traitement  
 Origine  
 Urine «1<sup>er</sup> jet» (10 à 30 mL max.)  
 Frottis uro-génital  Frottis anal  
 Frottis gorge  
 Autre [préciser].....  
 (\*)Contexte clinique d'appartenance à un groupe à risque ou présence de signes cliniques clairs de maladie sexuellement transmissible  
**IMPORTANT ! Une seule origine remboursée et max. 2/an**

**PCR HERPES SIMPLEX VIRUS** 10  
 Origine.....  
 571  Frottis uro-génital  
 571  Pus - exsudat - divers

**PCR M. GENITALIUM (15 €)** 10  
 577  Urine  
 577  Frottis uro-génital

**PCR TRICHOMONAS VAGINALIS (15 €)** 10  
 578  Urine  
 578  Frottis uro-génital

**PCR RSV + INFLUENZA A/B** 9\*  
 595  PCR RSV + INFLUENZA A/B  
 \*TUBE BOUCHON ROUGE (30 €)

**SEROLOGIE VIRALE - Prélever un tube sec supplémentaire**

(Maximum 8 analyses)

**HEPATITE A**  
 69 1045  HAV IgM (diagnostic)..... 1  
 1046  HAV AC. tot (immunité)..... 1

**HEPATITE B**  
**Immunité**  
 1068  Anti-HBs..... 1  
**Diagnostic**  
 70 1037  Antigène HBs..... 1  
 1039  Anti-HBc..... 1  
 1068  Anti-HBs..... 1  
**Suivi (si Antigène HBs positif)**  
 238 1040  Antigène Hbe..... 1  
 1041  Anti-Hbe..... 1

**HEPATITE C**  
 6731  Anti-HCV..... 1

**EPSTEIN-BARR**  
 149 351  EBV IgM..... 1  
 350  EBV IgG..... 1  
 2001  MNI test..... 1

**CYTOMEGALOVIRUS - Hors grossesse**  
 74 937  CMV IgM..... 1  
 966  CMV IgG..... 1

**CYTOMEGALOVIRUS - Grossesse**  
 332  IgM et IgG - Suspicion d'inf. aiguë..... 1  
 326  IgM et IgG - Hors inf. aiguë (16 €)..... 1

**HIV : DEPISTAGE**  
 974  HIV 1+2 (Ag + Ac)..... 1  
**Suivi (si dépistage positif)**  
 5210  Typage lymphocytaire. (2+2)9j  
 7486  Charge virale..... (2+2)7j

**SEROLOGIE BACTERIENNE - Prélever un tube sec supplémentaire**

(Maximum 4 analyses, hors Chlamydia et Mycoplasma)

**CHLAMYDIA - MYCOPLASMA**  
**Infections pulmonaires**  
 151 8311  *C. pneumoniae* IgA..... 1  
 8801  *C. pneumoniae* IgG..... 1  
 7938  *M. pneumoniae* IgM..... 1  
 7937  *M. pneumoniae* IgG..... 1  
**Infections gynécologiques**  
 152 8495  *C. trachomatis* IgA..... 1  
 8494  *C. trachomatis* IgG..... 1

**COQUELUCHE (\*)**  
 385  Sérologie..... 1 7j  
 (\*) Formulaire obligatoire disponible au laboratoire ou sur le site internet

**SYPHILIS (TREPONEMA PALLIDUM)**  
 86 2526  TPHA..... 1  
 2527  VDRL..... 1

**SEROLOGIE PARASITAIRE - Prélever un tube sec supplémentaire**

**TOXOPLASMA GONDII - Hors grossesse**  
 89 164  Toxoplasma IgM..... 1  
 163  Toxoplasma IgG..... 1

**TOXOPLASMA GONDII - Grossesse**  
 335  IgM et IgG - 1<sup>ère</sup> ou 2<sup>ème</sup> séro..... 1  
 327  IgM et IgG - au-delà de la 2<sup>ème</sup> séro (16 €)..... 1  
 333  IgM et IgG Suspicion inf. aiguë..... 1

**HERPES SIMPLEX (1 + 2)**

76 7844  HSV IgM..... 1  
 7843  HSV IgG (\*)..... 1  
 77 547  HSV IgM (7,5 €)..... 1  
 546  HSV IgG (7,5 €)..... 1

(\*) si patient immunodéprimé

**RUBEOLE**

162  Rubéole IgG (♀)..... 1  
 5768  Rubéole IgG (♂) (7,5 €)..... 1  
 Si suspicion d'inf. aiguë :  
 197  Rubéole IgM..... 1

**OREILLONS**

109 359  Oreillons IgM..... 1  
 358  Oreillons IgG..... 1

**VARICELLE - ZONA**

80 2004  Varicelle IgM (\*)..... 1  
 7905  Varicelle IgG (\*)..... 1

(\*) Non cumulables entre elles (7.5 € si cumul)

**ROUGEOLE**

81 357  Rougeole IgM..... 1 8j  
 354  Rougeole IgG..... 1 8j

**PARVOVIRUS**

82 8614  Parvovirus B19 IgM..... 1 6j  
 8613  Parvovirus B19 IgG..... 1 6j

**DIVERS**

83 3060  Influenza A..... 1 6j  
 3061  Influenza B..... 1 6j  
 3062  Parainfluenza 1..... 1 6j  
 3063  Parainfluenza 2..... 1 6j  
 3064  Parainfluenza 3..... 1 6j  
 3066  Adénovirus..... 1 6j  
 3067  Entérovirus..... 1 6j  
 3065  Virus resp. syncytial..... 1 6j  
 3068  Coxsackies B1-B6+A9..... 1 10j



IBC LAB

INSTITUT DE BIOLOGIE CLINIQUE - UNIVERSITÉ LIBRE DE BRUXELLES

**DEMANDE D'ANALYSES**

Cadre réservé au laboratoire

**SIGNALETIQUE PATIENT ET RENSEIGNEMENTS MUTUELLE**

N° Registre national (obligatoire)         -

NOM (majuscules).....  
 Prénom.....  
 Adresse.....  
 Code postal..... Localité.....  
 Sexe  M  F Date de naissance (JJ/MM/AAAA)

Tél..... E-mail.....

**CACHET CENTRE**

L'ULB-IBC veille à la protection de la vie privée et des données personnelles des patients qui lui sont confiées. Plus d'informations sur le site www.ulb-ibc.be

**VIGNETTE OBLIGATOIRE**  
**Numéro NISS obligatoire**

**A COMPLETER PAR LE PRELEVEUR**  
 Prélévé par : .....  
 Date/heure du prélèvement : .....  
 Vérification ID  Oui  Non

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES**

Non à jeun  Diabète  Check-up  Pré-op  Immuno-dépression  Insuffisance rénale  
 Grossesse DDR : ...../...../.....  Chimio.  HTA  MICI  Anticoagulation.....  
 SA : .....sem.  
 Autre.....

**ANALYSES HORS FORMULAIRE**

**TRANSMISSION DES RÉSULTATS**

Prescription urgente  Analyses urgentes :..... Copie(s) médecin(s)  
 A téléphoner.....  A faxer.....  
 Protocole à transmettre au méd. de l'assurance.....  
 (accord du patient - signature obligatoire) .....  
 Double du protocole complet au prescripteur  
 Copie papier au patient (2 €)  OUI  NON  Le protocole doit être édité en néerlandais

**PRESCRIPTEUR**

Cachet du prescripteur  
 Le patient est informé de la facturation d'un honoraire non-conventionné additionnel.  
 Les prix mentionnés sont ceux en vigueur lors de l'édition de cette demande; ils peuvent faire l'objet de modifications selon l'évolution des tarifs et règles INAMI.  
 Date de la prescription :.....  
 Signature .....

**LEGENDE TYPES DE PRELEVEMENTS**

- 1 Tube sec
- 2 Tube EDTA
- 3 Tube F-oxalate
- 4 Tube citrate - à remplir totalement (1tube/analyse cochée)
- 5 Tube hépariné/Li
- 6 Echantillon d'urine
- 7 Urine de 24h
- 8 Urine de 24h s/acide - disponible s/demande
- 9 Prélèvement particulier (contacter le labo)
- 10 eSwab roses

**DELAIS DE REPONSES DES RESULTATS**

La plupart des résultats sont répondus le jour de réception. Les délais de réponse > 4 jours sont mentionnés en regard des analyses concernées.

**CONTACT**

Institut de Biologie Clinique ULB-IBC  
 Chaussée de la Hulpe, 171 - 1170 Bruxelles  
 Tél. 02 543 00 00 Fax 02 543 11 11  
 www.ulb-ibc.be

