

Médecin prescripteur
 Nom, n° INAMI, téléphone, adresse et signature

Patient
 Nom et prénom:
 Date de naissance:
 NISS:
 Adresse:

VIROLOGIE

Renseignements cliniques :

	Culture	Antigène (examen direct)		Culture	Antigène (ED)
o LBA ①			o Frottis génital ③		
o Nasopharynx ②			o HSV 1 et 2	LABVIHERPSI	LABVIXIH
o Frottis de nez ③			o HSV1		LABVIEDHS1
o Aspiration respiratoire			o HSV2		LABVIEDHS2
o Virus Respiratoire Syncytial		LABVIEDRSV	o Urines ①		
o Adénovirus	LABVIADENO	LABVIEDAD	o Biopsie de foie ④		
o Parainfluenza 1,2,3		LABVIEDPARA	o Liquide amniotique ①		
o Influenza A		LABVIEDINFA	o Placenta ④		
o Influenza B		LABVIEDINFB	o Curetage ④		
o Métapneumovirus		LABVIEDMPV	o Culture virale*	LABVICUV1	
o Screening des 5 antigènes		LABVIEDX	o Selles ①		
o HSV1 et 2	LABVIHERPSI	LABVIXIH	o Culture virale*	LABVICUV1	
o HSV1		LABVIEDHS1	o Norovirus (PCR) €		LABVINORARN
o HSV2		LABVIEDHS2	Diarrhées chez les enfants de < 2 ans		
o Recherche des acides nucléiques €			o Rotavirus		LABVIROTA
o RSV + Influenza €		LABVIINARN	o Adénovirus		LABADGR
o SARS-CoV-2		LABCOVID19ARN	o Adénovirus type 40/41		
o SARS-CoV-2-RSV-Influenza €		LABRSVCOVID			
o HSV1 et 2		HSVADN	o Vésicule ③		
o Frottis d'œil ③			o Erosion cutanée ③		
o Conjonctive ③			o HSV1 et 2	LABVIHERPSI	LABVIXIH
o Salive ①			o HSV1		LABVIEDHS1
o Frotti de bouche ③			o HSV2		LABVIEDHS2
o Culture virale*	LABVICUV1*				
o HSV 1 et 2	LABVIHERPSI	LABVIXIH			

Autres recherches de virus

Contact labo préalable : 02/7646700

Virus recherchés : _____

Type de prélèvement : _____

① Prélèvement non dilué : pot à capuchon rouge stérile ou autre tube stérile

② Frottis nasopharyngé dans tube UTM ou aspiration non diluée

* Culture virale : Entérovirus, Herpes simplex, Adénovirus

€ Analyses hors INAMI, facturées au patient (voir compendium des analyses pour plus d'informations)

③ Frottis divers en tube UTM

④ Prélèvements divers (biopsie) en tube UTM