

**LABORATOIRE DE REFERENCE SIDA****Pôle de Microbiologie médicale – UCLouvain***Pôle de Microbiologie médicale est accrédité BELAC sous le numéro de certificat 106-MED*

Tél. : 02/436 19 74

E-Mail : [Laboratoire-Sida@uclouvain.be](mailto:Laboratoire-Sida@uclouvain.be)Site web : <https://uclouvain.be/fr/instituts-recherche/irec/mblg>**DEMANDE****Confirmation d'un test de dépistage HIV****Identification du patient :**

NOM : .....

PRENOM : .....

Date de naissance : ..... Sexe : M/F

Code Postal : .....

N° NISS : .....

**Identification du laboratoire demandeur :**

Nom du labo : .....

Nom du Biol. Resp. : .....

Adresse : .....

Tél. : .....

**Conformité de l'échantillon :**

**Les échantillons doivent être du sérum ou du plasma et nous parvenir dans les 7 jours après le prélèvement, conservés à 4°C. Les volumes requis sont les volumes minimums pour réaliser toutes les analyses garantissant une interprétation finale.**

Type d'échantillon :  Sérum ou plasma (3 ml)       EDTA (2x 10 ml)\*

\* privilégier ce volume et type d'échantillon en cas de suspicion de séroconversion

Numéro d'identification : .....

Date du prélèvement : .....

**Résultat du dépistage obtenu par votre laboratoire :**Dénomination du 1<sup>er</sup> kit utilisé :Dénomination du 2<sup>ème</sup> kit utilisé :

Valeur résultat :

Valeur résultat :

Valeur seuil :

Valeur seuil :

Conclusion :

Conclusion :

**Renseignements cliniques :**

- Traitement pré/post-exposition (PrEP/PEP)  ➤ Patient·e immunodéprimé·e
- Autre : .....

**Identification du prescripteur :**

NOM, PRENOM : .....

ADRESSE : .....

TEL. : .....

N° INAMI : .....