

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.beSite 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^{er} kit utilisé :

Valeur résultat :

Valeur seuil :

Conclusion :

Dénomination du 2^{ème} kit utilisé :

Valeur résultat :

Valeur seuil :

Conclusion :

Renseignements cliniques :

➤ Traitement pré/post-exposition (PrEP/PEP) ☐ ➤ Patient·e immunodéprimé·e ☐

➤ Autre :

.....

Identification du prescripteur :

NOM, PRENOM :

ADRESSE :

TEL. :

N° INAMI :

EFFECTIF A PARTIR DU 08/10/2025**RESPONSABLE DU DOCUMENT : A. BUCHELOT**