



VERTROUWELIJK

AANVRAAGFORMULIER ARL ANTWERPEN VOOR DE CONFIRMATIE VAN EEN REACTIEVE HIV SCREENING TEST

Aanvragend laboratorium (eventueel stempel)			
Naam laboratorium: *			
Adres laboratorium: *			
Tel.nr. laboratorium: *			
Datum van zending:			
De arts (in drukletters)			
RIZIV nummer: *			
Naam en voornaam: *			
Adres: *			
Telefoon:			
Gegevens van de patiënt (in drukletters)			
Naam en voornaam: *			
Rijksregisternummer: *			
Geslacht: *	M / V	Geboortedatum:*	Nationaliteit: _____
Adres: *			
Uw referentie:*			
Datum bloedafname:*			
Werd van deze patiënt al eerder Hiv-serologie gedaan in het Instituut voor Tropische Geneeskunde? Zo ja, wanneer?			
Reden van screening (vb. risicocontact, verzekeringspolis, preoperatief, ...):			
Resultaten van de screeningstesten *			
1)	Naam van de kit:		Firma:
	Resultaat van de 1 ^e test:		O.D.:
			O.D. drempel:
2)	Naam van de kit:		Firma:
	Resultaat van de 2 ^e test:		O.D.:
			O.D. drempel:

* *verplicht in te vullen*

MONSTER (serum of plasma): MINIMUM 1.5 - 2 ML

Wordt doorgestuurd naar: **Instituut voor Tropische Geneeskunde**
Klinisch Referentielaboratorium / Monsterdienst
Kronenburgstraat 43/3 - B-2000 Antwerpen
tel: 03/247.64.09

Onze diensten zijn geopend op werkdagen van 8u30 tot 17u00



CONFIDENTIEL

FORMULAIRE DE DEMANDE ARL ANVERS POUR LA CONFIRMATION D'UN VIH SCREENING TEST REACTIF

Laboratoire (timbre)			
Nom du laboratoire: *			
Adresse du laboratoire: *			
Tél.n° du laboratoire : *			
Date d'expédition *			
Le médecin (en majuscules)			
Numéro INAMI: *			
Nom et prénom: *			
Adresse: *			
Téléphone:			
Données du patient (en majuscules)			
Nom et prénom: *			
N° d'assurance nat. : *			
Genre: *	M / F	Date de naissance:*	Nationalité: _____
Adresse: *			
Votre référence:*			
Date prélèvement:*			
Est-ce que pour ce patient il y a une sérologie du VIH déjà faite à l'Institut de Médecine Tropicale? Si oui, quand?			
Raison de dépistage (p. ex. contact à risque, assurance, pré opératif, ...):			
Résultats des tests de dépistage *			
1)	Nom du test:		Firme:
	Résultat du 1 ^{ère} test:		D.O.:
			D.O. seuil:
2)	Nom du test:		Firme:
	Résultat du 2 ^e test:		D.O.:
			D.O. seuil:

* *obligatoirement à remplir*

Est transmise à:

ÉCHANTILLON (sérum ou le plasma): MINIMUM 1.5 - 2 ML

Institut du Médecine Tropicale
Laboratoire Clinique de Référence / Service d'échantillonnage
Kronenburgstraat 43/3 - B-2000 Antwerpen
tel: 03/247.64.09

Nos services sont ouverts en semaine de 08:30 à 17 h



CONFIDENTIAL

APPLICATION FORM ARL ANTWERP FOR CONFIRMATION OF A REACTIVE HIV SCREENING TEST

Laboratory (stamp)			
Name laboratory: *			
Laboratory address: *			
Phone n° laboratory: *			
Date of shipment:			
The physician (in capitals)			
RIZIV number: *			
Name and first name: *			
Address: *			
Phone:			
Data of the patient (in capitals)			
Name and first name: *			
National insurance n°.: *			
Gender *	M / F	Date of birth:*	Nationality:
Address: *			
Your reference:*			
Blood sampling date:*			
Is for this patient a HIV serology previously done at the Institute of Tropical Medicine? If yes, when?			
Reason of screening (e.g. risk contact, insurance policy, preoperative, ...):			
Results of the screening tests *			
1)	Name of the kit:		Company:
	Result of the 1 ^e test:		O.D.:
			O.D. threshold:
2)	Name of the kit:		Company:
	Result of the 2 ^e test:		O.D.:
			O.D. threshold:

* *obligatory to fill in*

SAMPLE (serum or plasma): MINIMUM 1.5 - 2 ML

Is forwarded to:

Institute of Tropical Medicine
Clinical Reference Laboratory / Sampling Service
Kronenburgstraat 43/3 - B-2000 Antwerp
phone: 03/247.64.09

Our services are open on weekdays from 8.30 a.m. to 5 p.m.