UZ LEUVEN

AANVRAAGFORMULIER

MOLECULAIRE BIOLOGISCHE ONDERZOEKEN MICROBIOLOGIE

Riziv Nomenclatuur art. 24bis

28-11-2017

Nr. 9998

Hepatitis B PCR kwantitatief

Bloed

2024 ❑ Vóór start behandeling chronische HBsAg positieve patiënten. Eénmaal, behalve tijdens het eerste jaar maximum driemaal.

2012 ❑ Opvolging behandeling chronische HBsAg positieve patiënten. Maximum tweemaal per jaar.

2039 ❑ Bij heropflakkering chronische HBsAg positieve patiënten, gebaseerd op abnormale levertesten. Maximum tweemaal per jaar.

Hepatitis C PCR kwalitatief

Bloed

2040 ❑ Vermoeden HCV infectie bij kind van bewezen HCV positieve moeder. Eénmaal.

2041 ❑ Aantonen HCV bij bewezen HCV As positieve patiënt. Eénmaal.

2042 ❑ Aantonen HCV bij immuungecompromitteerde patiënten met symptomen van hepatitis (inclusief dialyse patiënten), ook bij negatief resultaat voor HCV As. Eénmaal in de drie maanden volgend op de symptomen.

2043 ❑ Prikaccident met HCV positieve persoon en op voorwaarde dat het slachtoffer functionele stoornissen ontwikkelt duidend op hepatitis. Eénmaal in de drie maanden volgend op de feiten.

Hepatitis C PCR kwantitatief

Bloed

2046 ❑ Opvolging medicamenteuze behandeling. Maximum vier maal per behandelingsperiode.

Hepatitis C virus genotypering

Bloed

2030 ❑ Bij het opstarten van de behandeling. Eénmaal.

Herpes simplex virus 1 & 2 PCR

Cerebrospinaal vocht

2498 ❑ Patiënten met neurologische symptomen van encephalitis, meningoencephalitis, meningitis, myelitis. Maximum tweemaal per episode.

Oog: vitreum/voorkamervocht

2661 ❑ Patiënten met oftalmologische aandoeningen: keratitis, uveïtis, acute retinitis. Maximum tweemaal per episode.

Bloed

2452 ❑ Herpes neonatorum. Eénmaal per episode.

Broncho-alveolaire lavage of ander specimen

Immuungecompromitteerde patiënten met oesophagale, intestinale of respiratoire tractus laesies. Maximum tweemaal per episode.

5674 ❑ bronchoalveolaire lavage

5690 ❑ ander specimen: _____

Varicella-zostervirus PCR

Cerebrospinaal vocht

2499 ❑ Patiënten met neurologische symptomen van encephalitis, meningoencephalitis, meningitis, myelitis. Maximum tweemaal per episode.

Oog

Patiënten met oftalmologische aandoeningen: keratitis, uveïtis, acute retinitis. Maximum tweemaal per episode.

2663 ❑ vitreum/voorkamervocht

5664 ❑ wisser oog (in transportmedium)

Enterovirussen PCR

Cerebrospinaal vocht

2504 ❑ Symptomen van virale meningitis of meningo-encephalitis. Eénmaal per episode.

Diverse vochten

2491 ❑ Acute pericarditis en/of myocarditis. Maximum tweemaal per episode.

Toxoplasma gondii PCR

Bloed of cerebrospinaal vocht

Diagnose cerebrale toxoplasmose bij immuungecompromitteerde patiënten met positieve IgG serologie en klinische en radiografische tekenen wijzend op cerebrale toxoplasmose. Eénmaal per episode.

2493 ❑ bloed

2489 ❑ cerebrospinaal vocht

Amniosvocht

2636 ❑ Prenatale diagnose congenitale toxoplasmose bij patiënten met seroconversie voor T. gondii tijdens de zwangerschap (negatieve IgG bij eerste raadpleging, seroconversie bevestigd op daarop volgende bloedname). Eénmaal per episode.

2494 ❑ Prenatale diagnose congenitale toxoplasmose bij patiënten met serologisch profiel bij begin zwangerschap waarvan niet met zekerheid kan uitgemaakt worden of de infectie vóór of na conceptie optrad. Hiervoor moeten minstens twee serummonsters worden onderzocht met een tijdsinterval van minstens drie weken. Eénmaal per episode.

Cerebrospinaal vocht of ander specimen

Op punt stelling van mors in utero, hydrocefalie, intracerebrale calcificatie. Eénmaal per episode.

2495 ❑ cerebrospinaal vocht

2492 ❑ ander specimen: _____

Oog

Diagnostiek van oculaire toxoplasmose. Patiënten met positieve IgG serologie en indien de oogfundus een toxoplasma chorioretinitis suggereert. Eénmaal per episode.

2662 ❑ vitreum/voorkamervocht

2532 ❑ wisser oog (in transportmedium)

AANVRAAGDATUM: _____ UUR ____ u ___

AANVRAGER Dr.: _____

R.I.Z.I.V.nr.: ❑ ❑❑❑❑❑ ❑❑❑ ❑❑❑❑

verklaart dat, voor de aangevraagde tests, aan de vermelde indicatie is voldaan.

Handtekening

AFNAME DATUM: _____ UUR ____ u ___

PATIENT IDENTIFICATIE EAD-/HOS-nr. ❑❑❑❑❑❑❑❑

Naam: _____ Voornaam: _____

Adres: _____

Geboortedatum: ❑❑❑❑❑❑ (d d m m j j) Geslacht: ❑

VERZEKERINGSINSTELLING KG1/KG2: ❑❑❑ / ❑❑❑

Nr. verzekering ❑❑❑ Verwantschap ❑

Stamnr. _____

UZ LEUVEN

AANVRAAGFORMULIER

MOLECULAIRE BIOLOGISCHE ONDERZOEKEN MICROBIOLOGIE

28-11-2017 Nr. 9998bis

Riziv nomenclatuur art. 24bis

Mycobacterium tuberculosis PCR

1502 ❑ bronchusaspiraat
1503 ❑ bronchoalveolaire lavage
1501 ❑ sputum
1525 ❑ diverse
1526 ❑ mucopatiënt
max. 1
Mag enkel aangerekend worden aan de ZIV voor een patiënt die niet behandeld is voor tuberculosis sinds meer dan 7 dagen

bacillen werden aangetoond
2. of indien er een sterk klinisch en radiologisch vermoeden is van tuberculosis
3. of indien het monster op invasieve weg verkregen is (via broncho-, scopie, punctievocht, biopt)
Deze verstrekking mag max. 3x/jaar worden aangerekend.

Enkel aanvraagbaar door pathologen

Riziv Nomenclatuur art. 32

Humaan papillomavirus PCR

Cervicovaginale afname

5653 ❑ In het raam van een preventief cytopathologisch onderzoek voor het opsporen van neoplastische cellen met aangetoonde atypische cellen bevestigd in tweede lezing. Eénmaal per twee kalenderjaren.

Motivatie van de aanvraag: (aankruisen)
- ❑ ACS-US
- ❑ ASC-H
- ❑ AGC-ecc
- ❑ NOS of AGC-ecc
- ❑ Favor neoplastic

5654 ❑ In het raam van diagnostische of therapeutische opvolging bij reeds eerder aangetoonde aanwezigheid van atypische cellen of bij opvolging van behandelde hooggradige cervicale intraepitheliale neoplasie met negatieve cervicovaginale afname(n). Tweemaal per jaar tot negatief resultaat cytopathologisch onderzoek.

Motivatie van de aanvraag: (aankruisen)
- ❑ ACS-US
- ❑ ASC-H
- ❑ AGC-ecc
- ❑ NOS of AGC-ecc
- ❑ Favor neoplastic
- ❑ CIN-2
- ❑ CIN-3
- ❑ AIS-ecc

AANVRAAGDATUM: _____ UUR ____ u ___

AANVRAGER Dr.: _____

R.I.Z.I.V.nr.: ❑ ❑❑❑❑❑ ❑❑❑ ❑❑❑❑

verklaart dat, voor de aangevraagde tests, aan de vermelde indicatie is voldaan.

Handtekening

AFNAME DATUM: _____ UUR ____ u ___

PATIENT IDENTIFICATIE EAD-/HOS-nr. ❑❑❑❑❑❑❑❑

Naam: _____ Voornaam: _____

Adres: _____

Geboortedatum: ❑❑❑❑❑❑ (d d m m j j) Geslacht: ❑

VERZEKERINGSINSTELLING KG1/KG2: ❑❑❑ / ❑❑❑

Nr. verzekering ❑❑❑ Verwantschap ❑

Stamnr. _____