

**Aids Referentie Laboratorium
UGent**C. Heymanslaan 10, MRB2 Ingang 38
9000 Gent

Tel: 09 332 51 61 – 09 332 36 46

09 332 15 61 – 09 332 68 25

Fax: 09 332 38 41

**FORMULAIRE de DEMANDE de
CONFIRMATION d'une INFECTION VIH
(test de dépistage réactif)****CONFIDENTIEL**

IDENTIFICATION DU LABORATOIRE DEMANDEUR	
Nom:	
Adresse:	
N° de téléphone:	
N° de fax:	

IDENTIFICATION DU PATIENT			
Nom de famille:*		Prénom:*	
Sexe:*	M - F		
Date de naissance:*			
N° national:*			
Adresse: <i>(Au cas ou le n° national ne serait pas connu)</i>			

***A remplir obligatoirement**

DONNEES DE L'ECHANTILLON Au minimum 0.5 ml	
Date du prélèvement sanguin:*	
Type d'échantillon:*	Serum - EDTA plasma
Date de l'envoi:	
Votre référence:*	

***A remplir obligatoirement**

RESULTATS DES TESTS DE DEPISTAGE			
Nom du test:		D.O. résultat:*	
Firme:		D.O. seuil:*	

Le laboratoire de référence SIDA est ouvert du lundi au vendredi de 8h30-12h et 13h-17h.

RECEPTION DES ECHANTILLONS AU LRS/ARL JUSQU'À 16h30.

En dehors des heures d'ouverture : réception au laboratoire de Biologie Clinique, 1P8 entrée 22.

Pour la conformité des échantillons et informations supplémentaires concernant les tests,
veuillez consulter: www.arl.ugent.be