

**AANVRAAGFORMULIER VOOR
 CONFIRMATIE VAN EEN POSITIEVE HIV
 SCREENING TEST**

VERTROUWELIJK

<u>AANVRAGEND LABORATORIUM</u>				
Naam: *				
Adres:*				
Telefoon: *				
Faxnummer:*				
<u>VOORSCHRIJVEND GENEESHEER</u>				
RIZIV nummer: *				
Naam en voornaam: *				
Adres:				
Telefoon:				
<u>GEGEVENS VAN DE PATIENT</u>				
Naam of Initialen: *				
Geslacht: * M / V				
Geboortedatum: *				
Postcode:				
Nationaliteit:				
Rijksregisternummer:				
<u>GEGEVENS STAAL</u>				
Datum bloedafname:*				
EDTA plasma (paars) of serum:*				
Datum van zending: *				
Uw referentie:				
Werd van deze patiënt reeds eerder HIV-serologie gedaan ? Zo ja, wanneer en waar?				
Reden van screening (vb. risicocontact, verzekeringspolis, pre-operatief, ...):				
RESULTAAT VAN SCREENINGTESTEN *				
1)	Naam van de kit:		Resultaat:	
	Firma:		O.D.:	
			O.D. drempel:	

*** verplicht in te vullen**

MONSTER: serum of EDTA plasma (paars): MINIMUM 0.5 ML

Het AIDS Referentie Laboratorium is geopend van maandag tot vrijdag van 8:00h tot 17:00h

STAALONTVANGST TOT 16:30h, OP VRIJDAG TOT 16:00h

Afspraken of inlichtingen: Tel 09/332 51 61 of 09/332 36 46 of 09/332 68 25
 Specificaties betreffende de testen, aanvraagformulieren en praktische info ook via www.arl.ugent.be