

Biologie clinique

Prescription rationnelle

RECOMMANDATIONS

- LE DÉPISTAGE OPPORTUNISTE (OU NON) DES MALADIES FRÉQUENTES
- LE SUIVI DE LA GROSSESSE



Biologie clinique

Prescription rationnelle

RECOMMANDATIONS

- LE DÉPISTAGE OPPORTUNISTE (OU NON) DES MALADIES FRÉQUENTES
- LE SUIVI DE LA GROSSESSE

Sommaire

Introduction	2
I. Classification des recommandations en matière de biologie clinique	4
II. Recommandations et constats	6
1. Dépistage chez des patients sans plaintes ni symptômes ou facteurs de risque, sur la base de l'âge ou du sexe	6
a. Cadre et constats généraux sur le terrain	6
b. Dépistage du risque cardiovasculaire global sur 10 ans	10
c. Dépistage du diabète sucré de type 2	14
d. Dépistages non recommandés chez les "patients ordinaires"	18
2. Dépistage des maladies sexuellement transmissibles (MST) chez des patients sans plaintes ni symptômes, sur la base du risque de contamination	22
a. Dépistage des MST en cas d'inquiétude après un rapport sexuel	22
b. Dépistage des MST dans des groupes à risques spécifiques	23
3. Prescription de biologie clinique pour les femmes dans le cadre d'une grossesse (suivi)	24
a. Tests de biologie clinique dans la période de préconception	24
b. Tests de biologie clinique en début de chaque grossesse	25
c. Tests de biologie clinique au cours de chaque grossesse	26
III. Méthodologie	27
IV. Plus d'informations	28
Notes	29

Introduction

Ces dernières années, le nombre de tests de biologie clinique prescrits augmente nettement.

La prescription d'un test semble souvent ne pas être étayée par des preuves scientifiques. Cela peut amener à établir un planning inadéquat d'examens ou de traitements ultérieurs, ce qui peut être inutile, voire nuisible, pour le patient.

Prescrire rationnellement des tests de biologie clinique peut contribuer à une meilleure qualité des soins pour le patient et diminuer les coûts supportés tant par votre patient que par l'assurance soins de santé.

Cette brochure veut contribuer à une prescription rationnelle de tests de biologie clinique dans le cadre :

- du dépistage opportuniste de quelques affections majeures et
- du suivi de la grossesse.

Les recommandations faites dans cette brochure ont été développées sur la base des principes suivants :

- correspondre au mieux à une recommandation de bonne pratique médicale récente¹
- être conformes à la réglementation actuelle en matière de remboursement de tests de biologie clinique dans le cadre de l'assurance soins de santé
- être validées par le groupe de travail mixte de la Commission nationale médico-mutualiste et du Conseil national de la promotion de la qualité.

1. Recommandation de bonne pratique : demande d'examens de laboratoire par les médecins généralistes, Domus Medica (Recommandation validée par le CEBAM le 8 mars 2011; publication prévue en septembre 2011). La recommandation sert de fil conducteur à la prescription rationnelle d'examens de laboratoire en vue du dépistage, du diagnostic, du traitement et du suivi d'affections fréquemment rencontrées dans le cadre de la pratique de médecine générale.

La brochure concerne essentiellement les recommandations en matière de prescription de biologie clinique chez le patient sans plaintes particulières.

Elle ne couvre pas les recommandations en cas de mise au point diagnostique ou de suivi de malades.

Elle ne couvre pas non plus d'autres recommandations formulées dans le cadre du "DMG+" :

- l'examen propédeutique (enregistrement du poids et prise de la tension artérielle)
- les conseils suivant anamnèse (conseils en matière d'hygiène alimentaire, hygiène tabagique, alcool, ou exercice physique, etc.)
- la prescription de vaccins (grippe, pneumocoque, diphtérie, tétanos)
- la vérification systématique que le patient souscrit au dépistage de certains cancers (sein, colorectal, col de l'utérus).

I. Classification des recommandations en matière de biologie clinique dans le cadre de cette brochure


Cette brochure répartit les recommandations en matière de prescription de tests de biologie clinique en trois catégories en fonction du groupe cible (patients).

1. Dépistage chez des patients sans plaintes, ni symptômes ou facteurs de risques, sur la base de l'âge ou du sexe

Le test de biologie clinique sert à détecter une affection chez un "patient ordinaire", sur la base de l'âge et/ou du sexe.

Dans cette brochure, il s'agit du dépistage :

- du risque cardiovasculaire sur 10 ans : cela concerne toutes les personnes de plus de 50 ans
- du diabète sucré de type 2 : cela concerne toutes les personnes de plus de 65 ans.

 Dans cette brochure, les patients sans signes de traitement chronique, c'est-à-dire les patients sans plaintes, ni symptômes ou facteurs de risques sont appelés "**patients ordinaires**".

2. Dépistage des maladies sexuellement transmissibles (MST) chez les patients sans plaintes ni symptômes, sur la base du risque de contamination

Les recommandations reprises dans cette brochure portent sur :

- le dépistage des maladies sexuellement transmissibles en cas d'inquiétude après un rapport sexuel
- le dépistage des maladies sexuellement transmissibles dans des groupes à risques spécifiques.

3. Prescription de biologie clinique pour le suivi de la grossesse

Les recommandations reprises dans cette brochure portent sur les tests de biologie clinique effectués :

- dans la période de préconception (hors diagnostic)
- en début de chaque grossesse
- au cours de chaque grossesse

II. Recommandations et constats

La prescription de tests de biologie clinique doit être ciblée selon le type de patient. Chaque patient doit recevoir une prescription adaptée selon l'âge, le sexe ou certaines circonstances. La prescription est différente selon la situation : dépistage, diagnostic ou suivi.



Le **dépistage** concerne les personnes sans plaintes, symptômes ou facteurs de risques.

Le **diagnostic** concerne les personnes ayant des plaintes ou présentant des symptômes.

Le **suivi** concerne les patients avec un diagnostic connu.


1. Dépistage chez les patients sans plaintes ni symptômes ou facteurs de risques sur la base de l'âge et du sexe

a. Cadre et constats généraux sur le terrain





Sous les points b et c suivants (p. 10 et p.14), vous trouverez des recommandations pour le dépistage "opportuniste" de deux affections majeures : le risque cardiovasculaire et le diabète de type 2.

Sous le point d. suivant (p. 18), vous trouverez un certain nombre de dépistages qui ne sont pas recommandés chez les patients ordinaires.


À côté des recommandations, figurent quelques constats et chiffres sur les tests de biologie clinique prescrits par les médecins entre 2006 et 2008 (voir méthodologie p. 27).

 Le **dépistage “opportuniste”** n’est pas un dépistage effectué dans le cadre d’un dépistage **organisé** au sein d’une population, mais dans le cadre d’un contact patient **fortuit** en vue d’un “case finding” sur la base d’une recommandation étayée scientifiquement.

Exemples de dépistage opportuniste :

-  un médecin généraliste propose au patient qui n’a pas de plaintes particulières un check-up à l’occasion d’un contact annuel (par exemple, dans le cadre du “DMG+”, introduit au 1^{er} avril 2011)
-  un patient sans plaintes particulières se présente chez son médecin généraliste pour une consultation médicale de routine et souhaite être rassuré quant au fait que tout va bien
-  un patient sans plaintes particulières se présente pour un contrôle de routine chez son médecin généraliste, et les examens précédents étaient négatifs
-  un patient consulte un médecin spécialiste ou son médecin généraliste pour un problème particulier et souhaite profiter de l’occasion pour se rassurer que “par ailleurs” tout va bien.

CONSTATS GÉNÉRAUX ET CHIFFRES

 Les **tests sélectionnés** dans cette analyse sont les tests de la thyroïde, le bilan lipidique, la recherche de diabète, le bilan hépatique, le bilan rénal et le bilan des maladies sexuellement transmissibles.

- 44 % des « patients ordinaires » font l'objet d'au moins un test de biologie clinique entre 2006 et 2008. Ce chiffre est sensiblement plus élevé chez les femmes (50 %) que chez les hommes (39 %).
[Voir graphique 1, page 9.](#)
- D'après les recommandations (voir points b. et c.), toute personne devrait bénéficier
 - à partir de 50 ans, d'un **dépistage cardiovasculaire** tous les cinq ans
 - à partir de 65 ans, d'un **dépistage annuel pour le diabète**.

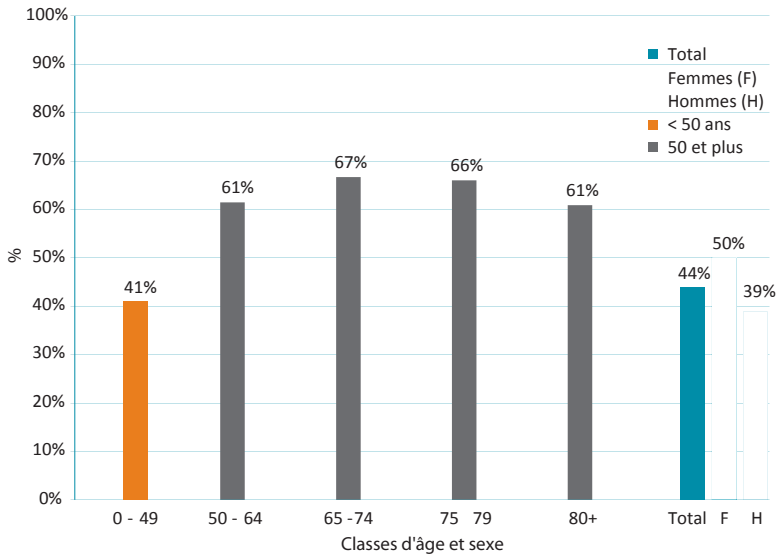
Or, seulement 2/3 des personnes de 65 ans et plus bénéficient d'un test tous les deux ans.

- 41 % des personnes âgées de moins de 50 ans bénéficient d'un test de biologie clinique tous les deux ans au moins.
[Voir graphique 1, page 9 \(en orange\).](#)

En conclusion :

- une personne sur trois à partir de 65 ans **ne bénéficie pas** d'un dépistage opportuniste alors qu'elle le devrait
- quatre personnes sur dix de moins de 50 ans bénéficient d'un dépistage opportuniste alors qu'elles ne le devraient peut-être pas; en effet, on ne peut pas imaginer que l'ensemble de cette population soit à risque ou présente des symptômes particuliers qui pourraient justifier une telle fréquence.

Graphique 1 – Pourcentages de “patients ordinaires” bénéficiant de tests de biologie clinique entre 2006 et 2008 (par classes d’âge et sexe)



Source : INAMI – Service des soins de santé, Direction Recherche, développement et promotion de la qualité

b. Dépistage du risque cardiovasculaire global sur 10 ans

RECOMMANDATIONS

Groupe cible : toutes les personnes de plus de 50 ans.

Quels tests ? Sang (veineux) :

- cholestérol
- HDL
- (LDL, facultatif)
- (triglycérides, facultatif)

Fréquence de l'examen : à renouveler tous les cinq ans (tant que l'examen est normal).

CONSTATS ET CHIFFRES

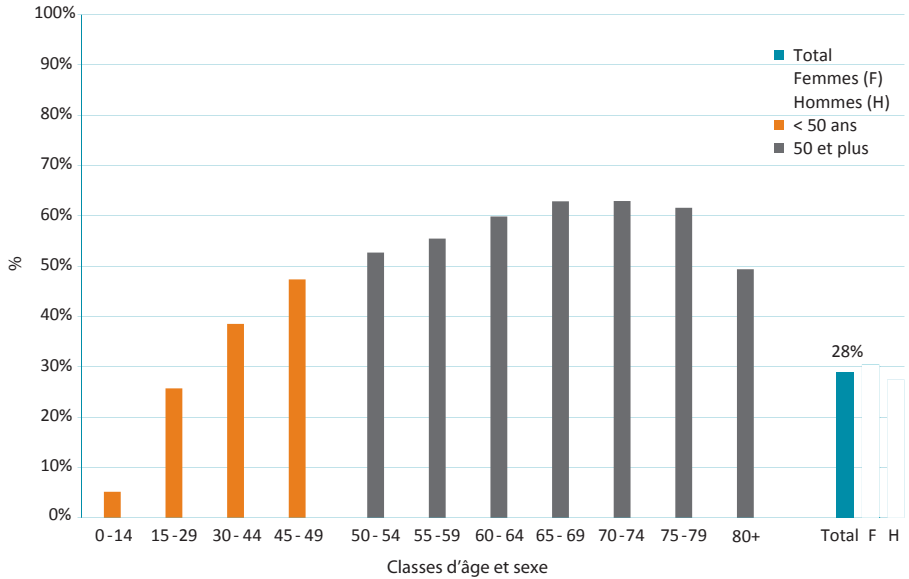
Le bilan lipidique est utilisé pour évaluer le risque cardiovasculaire.



Les **tests sélectionnés pour le bilan lipidique** sont le dosage du cholestérol, du HDL et des triglycérides.

- 28 % “des patients ordinaires” font l’objet d’un bilan lipidique tous les deux ans.
[Voir graphique 2, page 11.](#)
- Selon la tranche d’âge, ce pourcentage se situe entre 55 et 65 % chez les personnes de 50 ans et plus (groupe cible). Un pourcentage moins élevé était attendu. En effet, même quand il est recommandé, lorsque le test est normal, il ne doit être répété que dans un intervalle de cinq ans. Ce qui ne signifie pas que toutes les personnes qui devraient en bénéficier se voient prescrire effectivement un bilan lipidique.
[Voir graphique 2, page 11.](#)
- Ce pourcentage est respectivement de 40 % chez les 30-44 ans et de 50 % chez les 45-49 ans. Un pourcentage bien moins élevé était attendu car il n’y a pas de recommandation en la matière pour ces personnes.
[Voir graphique 2, page 11.](#)

Graphique 2 - Pourcentages de “patients ordinaires” bénéficiant d’un dépistage cardiovasculaire (via un bilan lipidique) entre 2006 et 2008 (par classes d’âge et sexe)



Source : INAMI – Service des soins de santé, Direction Recherche, développement et promotion de la qualité

Les tests sont-ils correctement choisis et prescrits à une fréquence optimale ?

- Chez les personnes qui bénéficient d'un bilan lipidique, on constate une prescription quasi annuelle de ces tests, ce qui semble exagéré.
- Curieusement aussi, on observe plus souvent une association systématique entre cholestérol et triglycérides alors que l'on s'attendait à observer une association du cholestérol et du HDL.
[Voir tableau 1, page 13.](#)
- A noter également que la prescription de CRP (C-reactive protein) y est souvent associée, bien qu'il n'y ait aucune recommandation en la matière.
[Voir tableau 1, page 13.](#)

Tableau 1 - Fréquence de prescriptions annuelles des tests cholestérol, triglycérides, HDL et CRP chez les personnes qui font l'objet d'un bilan lipidique

Prescription cardiovasculaire	0-49 ans	50-79 ans	80 ans et +	Total
Cholestérol	0,67	0,86	0,98	0,72
Triglycerides	0,63	0,84	0,94	0,69
HDL	0,59	0,79	0,88	0,65
CRP	0,56	0,66	0,74	0,59

Source : INAMI – Service des soins de santé, Direction Recherche, développement et promotion de la qualité

c. Dépistage du diabète sucré de type 2

RECOMMANDATIONS

Groupe cible : toutes les personnes de plus de 65 ans.

Quels tests ? Sang (veineux) :

- glycémie à jeun

Fréquence de l'examen : à renouveler une fois par an.

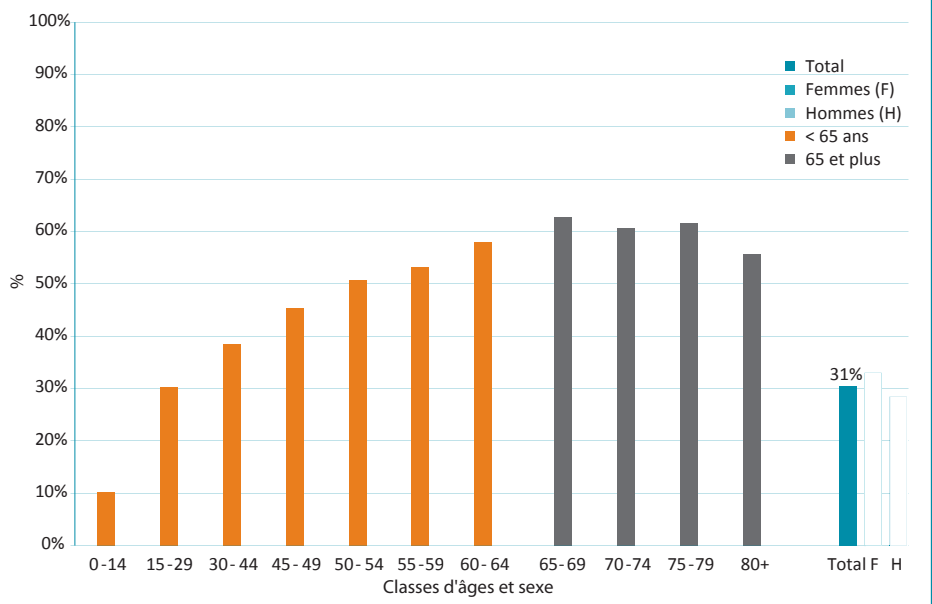
CONSTATS ET CHIFFRES



Le test sélectionné pour cette analyse est le dosage de la glycémie à jeun.

- 31 % des “patients ordinaires” font l’objet d’un dépistage pour le diabète tous les deux ans.
 - Ce pourcentage est de 60 % chez les personnes de 65 ans et plus (groupe cible). Un pourcentage beaucoup plus élevé était attendu. Cela signifie que toutes les personnes du groupe cible ne bénéficient pas d’un dépistage de manière systématique.
[Voir graphique 3, page 15.](#)
 - Selon la tranche d’âge, de 10 à 60 % des personnes de moins de 65 ans bénéficient d’un dépistage pour le diabète. Un pourcentage bien moins élevé était attendu. En effet, on ne peut pas imaginer que la population générale présente des facteurs de risque aussi fréquents.
[Voir graphique 3, page 15.](#)

Graphique 3 - Pourcentages de “patients ordinaires” bénéficiant d’un dépistage pour le diabète entre 2006 et 2008 (par classes d’âge et sexe)



Source : INAMI – Service des soins de santé, Direction Recherche, développement et promotion de la qualité



La mesure de l'HbA1c est une alternative actuellement non recommandée et non remboursée.

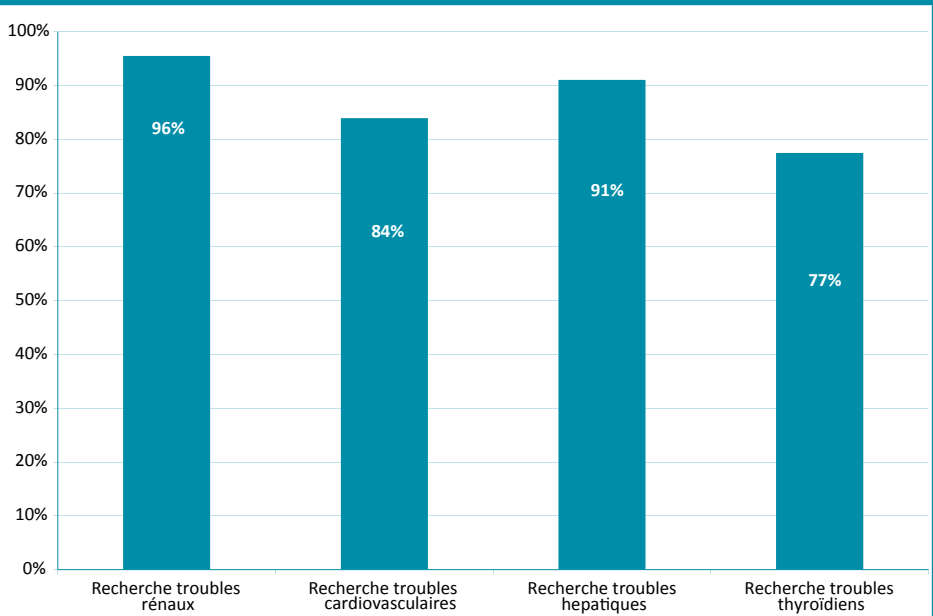
Les tests sont-ils correctement choisis et prescrits à une fréquence optimale ?

- La périodicité annuelle de la glycémie à jeun est correcte puisque, chez les patients de 65 ans et plus qui bénéficient de l'examen de dépistage, on observe une moyenne annuelle entre 0,95 et 1,01. [Voir tableau 2, page 17.](#)
- Le choix du test est également adéquat car les prescriptions associées liées (en dehors de la recherche de complications) sont très rares. [Voir tableau 2, page 17.](#)
- Par contre, le test de dépistage du diabète est fréquemment associé à la recherche d'autres troubles (cardiovasculaires, hépatiques, rénaux ou thyroïdiens). Il n'existe toutefois pas de recommandations en la matière en l'absence de signes d'appel ou de symptômes, lorsque le diagnostic n'est pas encore posé. [Voir graphique 4, page 17.](#)

Tableau 2 - Fréquence de prescriptions annuelles de tests de glycémie à jeun et de tests associés chez les personnes qui font l'objet d'un dépistage pour le diabète

Prescription diabète	0-64 ans	65-79 ans	80 ans et +	Total
Glycémie à jeun	0,69	0,95	1,01	0,71
Hémoglobine glycosylée				0,0003
Glucose urinaire				0,0081

Source : INAMI – Service des soins de santé, Direction Recherche, développement et promotion de la qualité

Graphique 4 - Pourcentages d'examen associés au dépistage pour le diabète

Source : INAMI – Service des soins de santé, Direction Recherche, développement et promotion de la qualité

d. Dépistages non recommandés chez les “patients ordinaires”

DEPISTAGES NON RECOMMANDÉS

Les dépistages suivants ne sont pas recommandés chez les “patients ordinaires” :

- dépistage des **affections thyroïdiennes**
- dépistage d’une carence en **vitamine B12**
- dépistage de **néphropathies**
- dépistage des **maladies hépatiques**
- dépistage du **cancer de la prostate**

CONSTATS ET CHIFFRES

○ **Constats généraux**

L’analyse montre que certains dépistages sont réalisés alors qu’ils ne sont **pas recommandés** chez “les patients ordinaires”. En effet, chez les “patients ordinaires” entre 45 et 74 ans, on observe au moins une fois tous les deux ans :

- 36 % de dosage de la vitamine B12
- 46 % de dosage TSH
- 53 % de tests hépatiques (GGT et ALT/GPT)
- 55 % de tests néphrologiques (eGFR et/ou ratio protéine-créatinine)

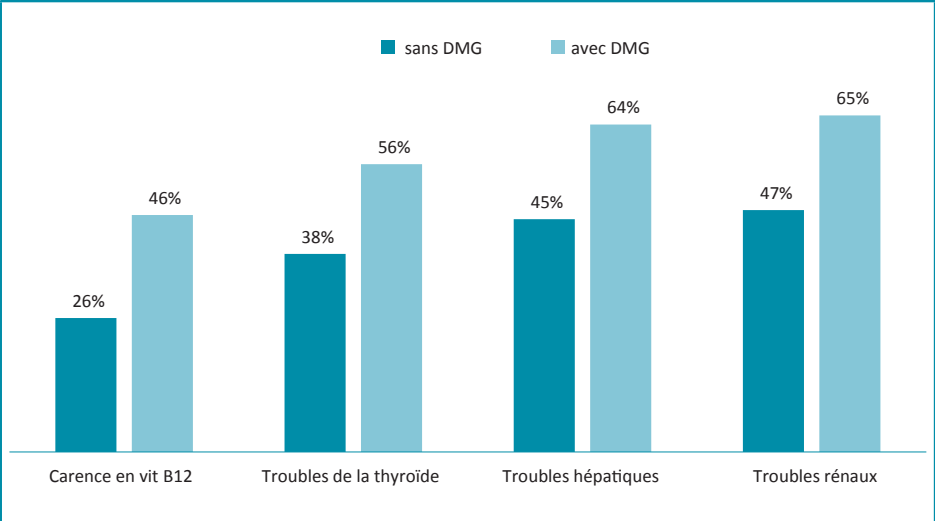
Il est douteux que toutes ces personnes présentent des symptômes ou des facteurs de risque qui conduisent à prescrire ces examens à autant de patients.

Ces tests sont systématiquement **plus fréquents** (de 40 à 70 % quel que soit l’âge ou le sexe) **chez les personnes qui disposent d’un dossier médical global (DMG)** par comparaison avec celles qui n’en disposent pas. Ceci montre que les patients avec DMG ont tendance à être plus suivis que les patients sans DMG, même si, dans ce cas-ci, ce suivi semble inapproprié.

[Voir graphique 5, page. 19.](#)

Cette constatation doit faire l’objet d’une analyse plus approfondie.

Graphique 5 - Pourcentages de “patients ordinaires” âgés de 45-74 ans bénéficiant de tests de biologie clinique entre 2006 et 2008, selon qu’ils disposent ou non d’un dossier médical global (DMG)



Source : INAMI – Service des soins de santé, Direction Recherche, développement et promotion de la qualité

- **Constats spécifiques pour le dépistage thyroïdien, non recommandé chez le “patient ordinaire”**



Les tests sélectionnés pour le **dépistage thyroïdien** sont les tests de la thyroïde suivants : TSH, T3 et T4.

- 27 % des “patients ordinaires” font l’objet d’un dépistage opportuniste thyroïdien tous les deux ans. Un chiffre beaucoup moins élevé était attendu puisqu’il n’y a aucune recommandation en la matière.
[Voir graphique 6, page 21.](#)
- Cette prescription est un peu plus élevée chez les femmes (31 %). Elle est d’autant plus fréquente avec l’âge.
[Voir graphique 6, page 21.](#)

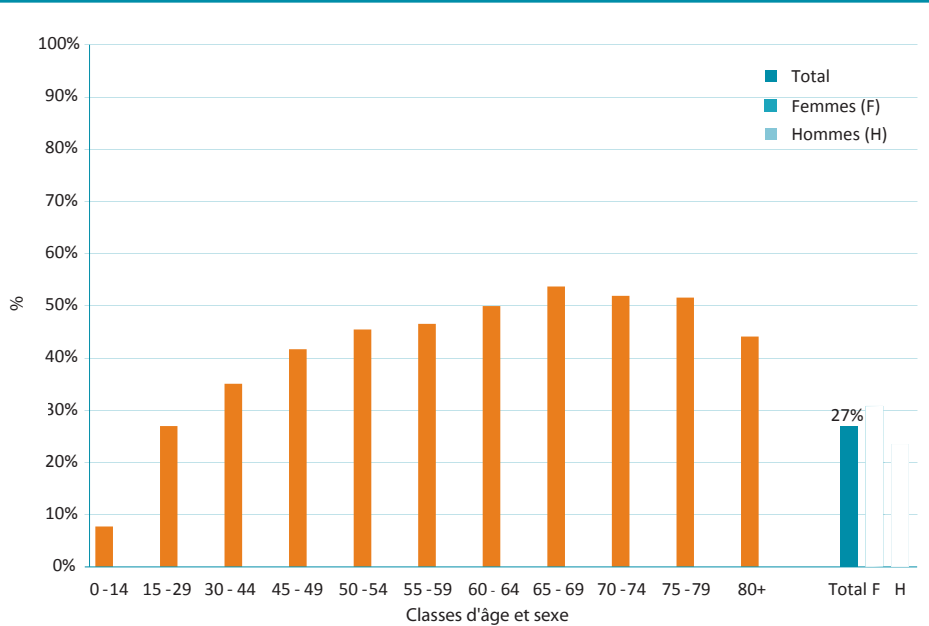
En cas de symptômes permettant de suspecter un trouble thyroïdien, les tests adéquats sont-ils prescrits ?

[Voir tableau 3, page 21.](#)

Lorsque les personnes présentent des symptômes qui permettent de suspecter un trouble thyroïdien, la recommandation est de mesurer la **valeur de TSH isolé**.

- La fréquence de prescription annuelle de la TSH dans la population “patients ordinaires” est de 0,70.
- Cette TSH est associée dans la moitié des cas, avec un dosage de la T4 (la fréquence de prescription annuelle de T4 est de l’ordre de 0,34). Cela ne correspond pas aux recommandations en vigueur.
- Par contre, en accord avec les recommandations, la TSH n’est pas associée avec la prescription de T3 (la fréquence de prescription annuelle de T3 est de 0,06).

Graphique 6 - Pourcentages de « patients ordinaires » bénéficiant d'un dépistage thyroïdien entre 2006 et 2008 (par classes d'âge et sexe)



Source : INAMI – Service des soins de santé, Direction Recherche, développement et promotion de la qualité

Tableau 3 - Fréquence de prescriptions annuelles de TSH, T4, et T3 chez les personnes bénéficiant de ces tests

Prescription thyroïde	Femmes	Hommes	Total
TSH	0,72	0,67	0,70
T4	0,39	0,29	0,34
T3	0,08	0,05	0,06

Source : INAMI – Service des soins de santé, Direction Recherche, développement et promotion de la qualité

2. Dépistage des maladies sexuellement transmissibles (MST) chez les patients sans plaintes ou symptômes sur la base du risque de contamination

a. Dépistage des MST en cas d'inquiétude après un rapport sexuel

RECOMMANDATIONS

Groupe cible : hommes et femmes hétérosexuels **n'ayant pas de plaintes**, mais qui sont inquiets après un rapport sexuel

Quels tests ? Premier jet urinaire ou prélèvement vaginal en vue d'un **test d'amplification** :

- chlamydia
- gonocoque

Fréquence de l'examen : pas applicable

b. Dépistage des MST dans des groupes à risques spécifiques

RECOMMANDATIONS

Groupes cibles :

- hommes ayant des rapports homosexuels
- prostitué(e)s
- toxicomanes intraveineux
- patients issus de régions où le VIH ou le VHB est endémique

Quels tests ?

- chlamydia (PCR)
- gonocoque (PCR)
- syphilis (TPHA – TPPA)
- VIH (anticorps anti-VIH1 et anti-VIH2 sur un échantillon de sang)
- VHB (HBsAg sur un échantillon de sang) en cas de non vaccination
- trichomonas
- transmission via les vaisseaux sanguins : anticorps VHC

Fréquence de l'examen : à renouveler une fois par an



Un dépistage des MST chez les “patients ordinaires” n’est pas indiqué.

3. Prescription de biologie clinique dans le cadre d'une grossesse (suivi)

a. Tests de biologie clinique dans la période de préconception

RECOMMANDATIONS

Groupe cible : les femmes désirant être enceintes

Quels tests ? Si inconnus :

- anticorps contre la toxoplasmose (IgG)
- anticorps contre la rubéole (IgG)
- groupe sanguin ABO et facteur rhésus statut D

Fréquence de l'examen :

- toxoplasmose : une seule fois si le résultat (IgG) est positif (immunité avérée)
- rubéole : une seule fois si le résultat (IgG) est positif (immunité avérée)
- ABO et facteur rhésus D (la recommandation internationale prévoit un test et un test de confirmation sur deux échantillons de sang distincts chez la personne)

b. Tests de biologie clinique en début de chaque grossesse

RECOMMANDATIONS

Groupe cible : les femmes en début de chaque grossesse

Quels tests ?

En général

- Hémoglobine (Hb), globules rouges (GR) et hémocrite (Hct)
- Groupe sanguin ABO et facteur rhésus statut D (si inconnu) et anticorps irréguliers (= Coombs indirects)
- Rubéole IgG si l'immunité n'est pas avérée
- Toxoplasmose IgM et IgG si l'immunité n'est pas avérée
- Test « Treponema Pallidum Hemagglutination » (TPHA)
- Anticorps VIH
- Hépatite B surface Antigen (HBsAg), si l'immunité n'est pas avérée
- Stick urinaire pour la détection de globules rouges, de globules blancs, la bactériurie, la protéinurie lors de chaque contrôle prénatal de la tension artérielle

En cas de risque d'hépatite C

- Anticorps VHC

Fréquence de l'examen : à renouveler en début de chaque grossesse



Il y a un risque de contamination par l'hépatite C par contact avec du sang contaminé en cas d'(ancienne) utilisation intraveineuse de drogues, de piercings, d'acupuncture, de tatouages effectués sans mesure de stérilisation, d'accident par piqûre, de transplantation d'organes, de dialyse, d'endoscopie effectuée avant 1992 et (parfois) en cas de contact sexuel.

c. Tests de biologie clinique effectués au cours de chaque grossesse

RECOMMANDATIONS

Groupe cible : les femmes dans le cadre du suivi de chaque grossesse

Quels tests ?

Entre la 11^e et la 14^e semaine

- PAPP-A et libre bêta-HCG (uniquement après un consentement éclairé) en vue de dépister l'aneuploïdie, en l'occurrence le syndrome de Down.

Entre la 24^e et la 28^e semaine

- hémoglobine, globules rouges et hématicrite
- plaquettes sanguines
- anticorps irréguliers (= Coombs indirects)
- épreuve de surcharge glucidique avec 50 grammes de glucose (dépistage du diabète de grossesse)
N.B. : Dépistage précoce (entre la 16^e et la 18^e semaine) en cas de grossesse à haut risque.

Entre la 35^e et la 37^e semaine

- frottis rectal et vaginal pour le dépistage de streptocoques appartenant au groupe B (SGB)



Consentement éclairé dans le cadre du syndrome de Down : la femme enceinte doit être bien informée

- de l'objectif (estimation du risque mais aucune certitude absolue) du dépistage
- du risque non négligeable (0,8 %) d'une fausse couche suite à une amniocentèse effectuée logiquement suite à un résultat indiquant un risque accru
- de la procédure et du déroulement du dépistage.

Il importe par ailleurs de prêter attention aux idées que la patiente a sur le syndrome de Down ou une autre anomalie chromosomique.

III. Méthodologie

Quelques constats et chiffres sur les tests de biologie clinique figurent dans cette brochure, dans le point II, 1 “Dépistage des patients sans plaintes, ni symptômes ou facteurs de risque sur la base de l’âge et du sexe”.

D’où proviennent ces chiffres ?

Sur la base d’un échantillon anonyme représentatif de la population belge (appelé “échantillon permanent”²), l’INAMI a sélectionné les personnes qui consultent un médecin et qui ne présentent pas de signes de traitement chronique. Ensuite, l’INAMI a enregistré et analysé leur consommation de tests de biologie clinique pendant deux ans (entre 2006 et 2008).

Sur la base de ces données, l’INAMI a analysé :

- si les tests sont prescrits aux “bonnes” personnes selon la fréquence recommandée
- si les tests prescrits sont adéquats (fréquence et composition de la prescription).

Les tests de biologie sélectionnés pour cette analyse sont les suivants : tests de la thyroïde, bilan lipidique, recherche de diabète, bilan hépatique, bilan rénal, bilan des maladies sexuellement transmissibles.



Patients sélectionnés : tous les patients dont le nombre de DDD (defined daily dose) prescrits est inférieur à 80 (sauf prescription de pilule contraceptive).

Les recommandations émises dans cette brochure sont validées par le groupe de travail mixte de la Commission nationale médico-mutualiste et du Conseil national de la promotion de la qualité. Le groupe de travail se compose comme suit : M. Moens (président), M. Bauval, D. Bernard, G. Bruwier, A. Criel, B. Debbaut, JP. Dercq, A. Derom, Y. Husden, R. Lemye, M. Lievens, F. Mambourg, M. Masson, P. Meeus, F. Nobels, P. Putzeys, M. Roland, R. Rutsaert, P. Van Hoorde, A. Verstraete, P. Vollemaere; pour l’INAMI ont participé : G. Haucotte, X. Van Aubel, B. Winnen.

M. Plus d'informations



Si vous souhaitez plus d'informations concernant la campagne de sensibilisation des prescripteurs de biologie clinique

- consultez le site de l'INAMI: www.inami.be, rubrique Dispensateurs de soins > Dispensateurs de soins individuels > Médecins > Promotion de la qualité > campagnes de sensibilisation > Biologie clinique.
- envoyez un email à info-rdq@inami.fgov.be.



Pour plus d'informations sur la Recommandation de bonne pratique - Demande d'examens de laboratoire par les médecins généralistes (de Domus Medica), consultez les messages-clés sur le site Internet du SPF Santé publique www.health.belgium.be, rubrique Soins de santé > Professions de santé > Médecins > Médecins généralistes > Recommandations labo biologie clinique.

Les recommandations complètes y seront disponibles en septembre 2011.

Éditeur responsable

J. De Cock, avenue de Tervueren 211, 1150 Bruxelles

Réalisation

Service des soins de santé de l'INAMI

Design graphique

Cellule communication INAMI

Date de publication

Juin 2011

Dépot légal

D/2011/0401/7