

# REFERENTIECENTRUM VOOR COVID-19

## GELIEVE HET STAAL SAMEN MET DIT INGEVULD FORMULIER OP TE STUREN NAAR:

[vermeld hier de gegevens van uw lab]

Gegevens ingevuld door de aanvrager, staan het lab toe de dringendheid van het staal in te schatten.  
Gegevens kunnen worden opgevraagd door Sciensano en RIZIV in later nog te communiceren modaliteiten.  
Doelstelling: opvolgen volksgezondheid, beheer en evaluatie van de epidemie.  
Laboratoria kunnen een elektronisch aanvraagformulier ontwikkelen, gebaseerd op deze template.

### MINIMALE GEGEVENS MET OOG OP RIZIV VERGOEDING

#### CONTACTGEGEVENS

Naam laboratorium of zorginstelling (indien van toepassing): .....

Naam + RIZIVnr aanvragende arts: .....

Adres arts: .....

Emailadres: .....

Tel: ..... Fax: .....

Rapportering via:  Fax  Email  eHealthbox\*

#### PATIENTGEGEVENS OF STICKER

Naam: .....

Geslacht:  M  V

Geboortedatum: .....

Rijksregister nr: .....

Straat + nr: .....

Postcode en woonplaats: .....

Tel. nr Patient: .....

Tel. nr vertrouwd contact: .....

#### INDICATIE AANGEVRAAGDE TEST

Mogelijk geval COVID-19\*:

Ziekenhuisopname/dagziekenhuis

Zorgpersoneel (personen die hulp of zorgen toedienen)

Bewoner residentiële collectiviteit

Ambulant

Hoog-risico contact met bevestigd COVID-19 geval en professioneel contact met personen uit risicogroepen.

Screening ziekenhuisopname en dagziekenhuis

Nieuwe instroom residentiële collectiviteit

Betreft staal ter confirmatie (in het kader van validatie)

\* zie website Sciensano voor gevaldefinitie

#### GEGEVENS OVER HET STAAL

Identificatienummer: .....

Datum afname staal: .....

#### Patiëntgegevens aanbrengen op de tube!

#### AANGEVRAAGDE TEST

PCR SARS/COVID-19 : 2621  Bovenste luchtwegen  
2622  Aspiraat  
2620  BAL

### EXTRA KLINISCHE GEGEVENS

Indien hospitalisatie – eenheid:  infectieziekten  andere

intensieve zorgen  spoedgevallen  pediatrie

#### Indien patiënt binnen een risicogroep valt:

Immunosuppressie, maligniteit  ja  nee

Chronisch ernstig long/hart/nier-lijden  ja  nee

Cardiovasculair, AHT, diabetes  ja  nee

#### Indien patiënt zorgverlener is en symptomatisch:

zorgpersoneel in ziekenhuis, specificeer: .....

zorgpersoneel in instelling, naam instelling: .....

anders, werkt als .....

#### Indien symptomen:

Datum begin symptomen: .....

RX / CT scan abnormaal  ja  nee  nvt

Pneumonie  ja  nee

Koorts  ja  nee

Kortademig  ja  nee

Hoest  ja  nee

Andere respiratoire .....  ja  nee

Conjunctivitis  ja  nee

Hoofdpijn  ja  nee

Spierpijn  ja  nee

Abdominale klachten  ja  nee

Vermoeidheid  ja  nee

Indien patiënt bewoner van collectiviteit is: naam instelling .....