FORMULAIRE DE DEMANDE D'ANALYSE POUR LE COVID-19

FORMULAIRE A REMPLIR ET A RENVOYER AVEC L'ÉCHANTILLON A:

Professeur Emmanuel André
UZ Leuven, Dienst Laboratoriumgeneeskunde, Herestraat 49, B-3000 Leuven
- **Tel. 016/34.71.99** – Fax. 016/34.79.31

DONNÉES MINIMALES AVEC OBJECTIF REMBOURSEMENT INAMI

COORDONNÉES

Nom du laboratoire ou de l'établissement de soins (le cas échéant) :…….....

Médecin prescripteur + n° INAMI : …….…….

Adresse du médecin : ……..... Adresse e-mail :…….

Tél: …….……..….. ……

Fax: …… **Options de réponse :** ❑ **Fax** ❑ **E-mail** ❑ **eHealthbox**

RENSEIGNEMENTS PATIENT OU STICKER

Nom : ……

Sexe : ❑ H ❑ F

Date de naissance …….....

N° registre national : ……

Rue + n° : ……. ……..

Code postal et ville : …….

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ÉCHANTILLON

Numéro d'identification : ……...

Date de prélèvement : ……

Rajouter les données patient sur le tube !

Le test ne peut être effectué que lorsque les indications ont été remplies.

ANALYSE DEMANDÉE

PCR SARS/COVID-19 : *2621* ❑ Voies respiratoires supérieures
2622 ❑ Aspiration
2620 ❑ BAL

L'INDICATION DU TEST DEMANDÉ

Cas possible du COVID-19 :

- ❑ Hospitalisation en raison des voies respiratoires inférieures
- ❑ Ambulant / sans hospitalisation
- ❑ Contact à haut risque avec un cas COVID-19 confirmé, y compris les voyages, les camps
- ❑ Personnel de santé (qui portent des soins/ de l'aide)
- ❑ Résident d'une institution

Screening

- ❑ Screening hospitalisations (non-COVID)/ hospitalisations de jour
- ❑ Nouveau résidente d'une institution
- ❑ Dépistage des voyageurs en partance pour l'étranger (facture au patient 46,81 €)
- ❑ Dépistage pour le compte de l'employeur (nom/adresse de l'employeur : .....)

Confirmation :

- ❑ Confirmation (à demander uniquement par le laboratoire qui a déjà effectué le test PCR COVID-19 lui-même, dans le cadre de problèmes de validation ou d'interprétation du test).