

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ANALYSE POUR LE COVID-19

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

LABORATOIRE CEBIODI - CLINIQUE SAINT-JEAN
Site Botanique : 32, Boulevard du Jardin Botanique, 1000 Bruxelles
Site Méridien : 100, Rue du Méridien, 1210 Bruxelles
Tél : 02.221.91.91 – Fax : 02.221.79.31

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 email :

Tél :

Fax :

Options de réponse :

Fax Email eHealthbox*

RENSEIGNEMENTS PATIENT OU STICKER

Nom + Prénom :

Sexe : H F

Date de naissance :

N° registre national :

Rue + n° :

Code postal et ville :

Tél :

INDICATION DU TEST DEMANDÉ

Cas possible de COVID-19* :

Avant hospitalisation

Avec risque de progression grave de la maladie
(groupes à risque 2 et 3 (Krinko), personnes âgées
avec Score de Fragilité Clinique 5-9)

Séjournant dans un établissement de soins de
longue durée

Personnel de santé (en contact avec patients)

Clusters dans les établissements de soins

Personne sévèrement immunodéprimée, avant hospitalisation

**voir site web de Sciensano*

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ÉCHANTILLON

Numéro d'identification :

Date de prélèvement :

ANALYSE DEMANDÉE

PCR SARS/COVID-19 : Voies respiratoires supérieures

Aspiration

LBA

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

DONNÉES CLINIQUES SUPPLÉMENTAIRES

Si le patient est hospitalisé :

Soins intensifs Urgences Pédiatrie Autre :

Si le patient relève d'un groupe à risque :

Immunosuppression, maladie maligne oui non

Atteintes pulmonaire/cardiaque/rénale sévères chroniques oui non

Cardiovasculaire, HTA, diabète oui non

Si le patient est un professionnel de santé :

Personnel soignant de l'hôpital, précisez :

Personnel soignant dans un établissement, nom :

Autre :

Symptômes:

Date de début des symptômes :

RX/CT scan suspect oui non inconnu

Pneumonie oui non

Fièvre oui non

Dyspnée oui non

Toux oui non

Anosmie oui non

Conjonctivite oui non

Céphalées oui non

Myalgies oui non

Plaintes abdominales oui non

Autre :

Si le patient est résident dans une collectivité : nom de l'établissement :