

# LABORATORIUM AANVRAAGFORMULIER VOOR COVID-19

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

LABORATORIUM CEBIODI - KLINIEK SINT-JAN  
Site Kruidtuin : 32, Kruidtuinlaan, 1000 Brussel  
Site Middaglijn : 100, Middaglijnstraat, 1210 Brussel  
Tel : 02.221.91.91 – Fax : 02.221.79.31

### MINIMALE GEGEVENS MET OOG OP RIZIV VERGOEDING

#### CONTACTGEGEVENS

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

Naam + RIZIV nr aanvragende arts: .....

Adres arts: ..... Emailadres : .....

Tel. : .....

Fax : ..... **Rapportering via :**  Fax  Email  eHealthbox\*

#### PATIENTGEGEVENS OF STICKER

Naam + Voornaam : .....

Geslacht :  H  F

Geboortedatum : .....

Rijksregister nr : .....

Straat + nr : .....

Postcode en woonplaats : .....

Tel. : .....

#### INDICATIE AANGEVRAAGDE TEST

Mogelijk geval COVID-19\* :

Vóór ziekenhuisopname

Met risico op ernstige ziekteprogressie  
(risicogroepen 2 en 3 (Krinko), ouderen met Clinical  
Frailty Scale 5-9)

In een instelling voor langdurige zorg verblijven

Zorgpersoneel (in contact met patiënten)

Bij clusters in Woonzorgcentra en zorginstellingen

Ernstig immuuncompromitteerde asymptomatische  
personen, vóór ziekenhuisopname

*\*Consulteer de website van Sciensano*

#### GEGEVENS OVER HET STAAL

Identificatienummer : .....

Datum afname staal : .....

#### AANGEVRAAGDE TEST

PCR SARS/COVID-19 :  Bovenste luchtwegen

Aspiraat

BAL

***De test kan slechts uitgevoerd worden wanneer de indicaties ingevuld zijn.***

### AANVULLENDE KLINISCHE GEGEVENS

#### Gehospitaliseerde patiënt :

Intensieve zorgen  Spoedgevallen  Pediatrie  Andere : .....

#### Patiënt valt binnen een risico groep:

Immunosuppressie, maligniteit  ja  nee

Chronisch ernstig long-, -hart, nier-lijden  ja  nee

Cardiovasculair, AHT, diabetes  ja  nee

#### Patiënt is zorgverlener :

Zorgpersoneel in ziekenhuis, specificeer : .....

Zorgpersoneel in instelling, naam instelling : .....

Andere : .....

#### Symptomen:

Datum begin symptomen : .....

RX/CT scan abnormaal  ja  nee  niet gedaan

Pneumonie  ja  nee

Koorts  ja  nee

Kortademig  ja  nee

Hoest  ja  nee

Anosmie  ja  nee

Conjunctivitis  ja  nee

Hoofdpijn  ja  nee

Spierpijn  ja  nee

Abdominale klachten  ja  nee

Andere : .....

**Patiënt is bewoner collectiviteit : Naam instelling : .....**