

FORMULAIRE A REMPLIR ET A RENVOYER AVEC L'ÉCHANTILLON

Au Laboratoire de biologie clinique CNDG-LBPM – Chaussée de Nivelles, 212 – B-6041 Gosselies.

Les données remplies par le médecin prescripteur permettent d'évaluer la pertinence de l'analyse et son adéquation avec les recommandations en vigueur, cfr. <https://covid-19.sciensano.be/fr/covid-19-definition-de-cas-et-testing>.

Elles seront enregistrées par le laboratoire (dans le LIS) et pourront être demandées ultérieurement par Sciensano et l'INAMI.

RENSEIGNEMENTS PATIENT (ou sticker ou vignette mutuelle)

NOM : _____
Prénom(s) : _____
DDN : _____ NISS : _____ N° tél : _____
Adresse complète : _____

MEDECIN PRESCRIPTEUR + n° INAMI (cachet)

Nom, Prénom : _____
Adresse : _____
Email : _____
Tél: _____ Fax: _____
Options de réponse : Fax Email eHealthbox
Copie à : _____

RESERVE LABORATOIRE

(N° de demande/ date de réception)

DONNEES CLINIQUES OBLIGATOIRES

- SI HOSPITALISATION : service :

Maladies infectieuses/Unité « COVID » Soins intensifs
 Urgences Pédiatrie Autre : _____

- SYMPTOMES :

DATE DE DEBUT DES SYMPTOMES (obligatoire!) : _____

RX / CT scan suspect oui non inconnu

Pneumonie oui non

Fièvre oui non

Dyspnée oui non

Toux oui non

Conjonctivite oui non

Céphalées oui non

Myalgie oui non

Plaintes abdo. oui non

Autre(s) : _____

- Si le patient relève d'un groupe à risque :

Immunosuppression, maladie maligne oui non
Atteinte pulm./cardiaque/rénale sévère chronique oui non
Atteinte cardiovasculaire, HTA, diabète oui non

- Si le patient est un professionnel de santé symptomatique :

Personnel soignant de l'hôpital, précisez : _____

Personnel soignant dans un établissement, nom : _____

Autre, précisez : _____

- Si le patient est résident dans une collectivité :

Nom de l'établissement : _____

DEMANDE D'UN TEST MOLECULAIRE (PCR)

- TYPE D'ECHANTILLON :

Frottis naso-pharyngé (ONEZ) Aspiration bronchique (RASB)
 Frottis oro-pharyngé (OGOR) LBA (RBAL)

- **DATE DU PRELEVEMENT :** _____

- INDICATION DU TEST (obligatoire!) :

Cas possible du COVID-19 (cfr. site Sciensano) (CAPO)
 Hospit./hospit. de jour Résident (institution)
 Pers.de santé (soins/aide) Ambulant
 Personnes ayant eu un contact à haut risque/contact professionnel avec des personnes à risque (COHR)
 Screening hospitalisation/hospitalisation de jour (HOSP)
 Nouveau résident d'une institution/collectivité (CORE)
 Voyage INTERNATIONAL (fact. voyageur 46,81 €) (VOYA)
 Destination : _____
 Signature voyageur (pour accord) : _____

DEMANDE D'UN TEST SEROLOGIQUE (SERUM)

- **TYPE D'ECHANTILLON :** Serum (tube « sec », bouchon rouge)

- **DATE DU PRELEVEMENT :** _____

- INDICATION DU TEST (obligatoire!) :

Patient hospitalisé, répondant à la définition de cas possible ET ayant un scanner thoracique suggestif de COVID-19 mais une PCR négative. La sérologie sera réalisée minimum 7 j. après le début des symptômes. (HSCA)
 Patients qui présentent un tableau clinique suggestif et prolongé pour COVID-19 mais ayant obtenu un résultat négatif par test PCR ou qui n'ont pas pu être testés dans les 7 jours suivant le début des symptômes * (PCRN)
 Dans le contexte de diagnostic différentiel en cas de présentation clinique atypique * (PCAT)
 Pour examiner le statut sérologique auprès du personnel de soins et du personnel travaillant dans les hôpitaux/services ou collectivités avec haut risque d'exposition au COVID-19 dans le cadre du management local du risque. (STSE)
(* sérologie réalisée min. 14 j. après le début des symptômes)
 HORS CRITERES (fact. patient 9,60 €) (NR)