

FORMULAIRE À REMPLIR ET À 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 sont enregistrées par le laboratoire (dans le LIS) et sont transmises à Sciensano. LE LABORATOIRE SE RÉSERVE LE DROIT DE NE PAS EFFECTUER L'ANALYSE SI LA DEMANDE N'EST PAS DUMENT COMPLÉTÉE (NISS, indication du test,..)!

RENSEIGNEMENTS PATIENT (ou vignette mutuelle)

NOM : _____
Prénom(s) : _____
NISS : _____ - _____ - _____ **DDN :** ____ / ____ / ____
Adresse complète : _____

N° GSM/tél. : _____ / _____
E-mail : _____

MÉDECIN PRESCRIPTEUR + N° INAMI (cachet) + SIGNATURE

NOM : _____
Prénom : _____
N° INAMI : ____ - ____ - ____ - ____ - ____
Adresse : _____

Email : _____
Tél : _____ **Fax :** _____
Options de transmission du résultat : E-mail Fax
Copie à : _____

DATE DU(DES) PRÉLÈVEMENT(S) : ____ / ____ / ____

DEMANDE D'UN TEST MOLÉCULAIRE (PCR)

- **TYPE D'ÉCHANTILLON :**
- Frottis naso-pharyngé (ONEZ) Frottis oro-pharyngé (OGOR)
- **CODE PRESCRIPTION (le cas échéant) :**
- SMS ou CTPC : / /
 Ou (validité : / /)
 Coronalert : / /

RÉSERVÉ LABORATOIRE :

(N° de demande/ date de réception)

- Prélèvement non identifié Code à vérifier !
 Code vérifié Demande Non Corrélée !

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
- Contact à haut risque** **(COHR)**
- Outil d'auto-évaluation** (« self assessment tool ») **(OAE)**
(obligation d'avoir généré un code CTPC valide)
- Retour de voyage (pays) :** _____ **(REVO)**
- Screening **hospitalisation/hospitalisation** de jour **(HOSP)**
- Nouveau résident** d'une institution/collectivité **(CORE)**
- Voyage INTERNATIONAL/événement** **(VOYA)**
(facturé au voyageur 55 €)
- Destination + date départ : _____
 Signature voyageur (pour accord) : _____
- Demandé par **l'employeur** (facturation 65,00 €) **(EMPL)**
- Coordonnées employeur :** _____

DONNÉES CLINIQUES

- **DATE DU DÉBUT DES SYMPTÔMES :** ____ / ____ / ____

SYMPTÔMES :

- 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
 Anosmie oui non
 Agueusie oui non
 Autre(s) : _____

DEMANDE D'UN TEST SÉROLOGIQUE (SERUM)

- **TYPE D'ÉCHANTILLON :** Serum (tube « sec », bouchon rouge)
- **INDICATION DU TEST (obligatoire!) :**
- Patient hospitalisé (cas possible) avec un scanner thoracique suggestif de COVID-19 mais une PCR négative.
(sérologie réalisée min. 7 j. après le début des symptômes) **(HSCA)**
- Patient présentant un tableau clinique suggestif et prolongé pour COVID-19 (PCR négative ou patient non testé)* **(PCRN)**
- Diagnostic différentiel/présentation clinique atypique* **(PCAT)**
- Pour examiner le statut sérologique auprès du personnel de soins et /ou travaillant dans les hôpitaux/services ou collectivités avec haut risque d'exposition au COVID-19 **(STSE)**
(sérologie réalisée min. 14 j. après le début des symptômes)*
- HORS CRITÈRES (fact. patient 9,60 €)** **(NR)**

VACCINATION :

- Complète (2 doses) 3^{ème} dose Partielle (1 dose)
 Complète (1 dose J&J) Aucune Inconnue

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 :

- Hôpital MR(S) Institution Autre(s)

Nom de l'établissement : _____

Si le patient est résident dans une collectivité :

Nom de l'établissement : _____