



FORMULAIRE DE DEMANDE D'ANALYSE PCR SARS/COVID-19
(prélèvement des voies respiratoires supérieures)

A-D.Ex-TOUS-023- Version01

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ECHANTILLON

Numéro d'identification (ou étiquette d'identification)
Date de prélèvement/...../.....

RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES (AR DU 20/10/1982)

NOM, PRENOM
TEL / GSM PATIENT /
MUTUELLE
NE(E) LE /
N° NATIONAL - NISS
ADRESSE
.....

SEXE M F

URGENT
 TEL FAX
 GSM SMS
N°

MEDECIN PRESCRIPTEUR (CACHET)

DATE ET SIGNATURE

COPIE A:

Copie patient : courrier sms

DONNEES CLINIQUES

Si le patient relève d'un groupe à risque :

Immunosuppression, maladie maligne oui non
Atteintes pulmonaire/cardiaque/rénale sévère chronique oui non
Cardiovasculaire, HTA, diabète oui non

En cas de symptômes :

Date de début des symptômes:/...../.....
RX / CT scan suspect oui non inconnu
Pneumonie oui non
Fièvre oui non
Dyspnée oui non
Pneumonie oui non
Toux oui non
Autres respiratoires
Conjonctivite oui non
Céphalées oui non
Myalgie oui non
Plaintes abdominales oui non

Si le patient est un professionnel de santé et symptomatique :

Personnel soignant d'un hôpital, précisez :
 Personnel soignant d'un établissement, précisez :
 Autre, précisez :

IDENTIFICATION DU TEST DEMANDE

Remboursement INAMI

Cas possible du COVID-19* (* voir site web Sciensano)

- Hospitalisations/hospitalisation de jour
- Personnel de santé (qui portent des soins / de l'aide)
- Résident d'une institution
- Ambulant
- Personne ayant eu un contact à haut risque, et contact professionnel avec des personnes à risque
- Screening hospitalisations/hospitalisations de jour
- Nouveau résident d'une institution

Demande HORS INAMI

- Screening HORS INAMI (médecine du travail)
- Voyages internationaux (46.81€)
Le voyageur confirme que le test est requis par un gouvernement étranger et donne son accord écrit pour que le test lui soit facturé,
Signature :

GSM PATIENT : /