



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

A-D.Ex-TOUS-024- Version01

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ECHANTILLON

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

RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES (AR DU 20/10/1982)

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

SEXE M F

COPIE PATIENT ELECTRONIQUE

Copie patient papier

PRESCRIPTEUR

DATE ET SIGNATURE

COPIE MEDECIN:

URGENT

TEL FAX

GSM SMS

N°

IDENTIFICATION DU TEST DEMANDE (OBLIGATOIRE)

PCR SARS/COVID-19 : VOYAGES - EVENEMENTS

Code CTPC :

GSM PATIENT : /

Par la présente j'autorise le Laboratoire Luc Olivier à me facturer la somme de maximum 55€ /
prélèvement si le code CTPC communiqué ne donne pas droit à l'intervention de l'INAMI

SIGNATURE OBLIGATOIRE: