



IBC LAB

INSTITUT DE BIOLOGIE CLINIQUE - UNIVERSITÉ LIBRE DE BRUXELLES

# DEMANDE DE PCR SARS-COV-2 (COVID-19)

PATIENT- MEDECIN PRESCRIPTEUR

Numéro de registre national OBLIGATOIRE

VIGNETTE OBLIGATOIRE

Médecin prescripteur  
(adresse-Tél-email-INAMI)

Date prescription : .....  
Date de prélèvement : .....

CACHET RESIDENCE

NOM (majuscules).....  
Prénom.....  
Adresse.....  
Code postal..... Localité.....  
Sexe  M  F  
Date de naissance (JJ/MM/AAAA)     
e-mail .....

## TRANSMISSION DES RESULTATS AU PATIENT : A REMPLIR PAR LE PATIENT

Les résultats ne sont pas communiqués par téléphone. Merci de ne pas appeler le secrétariat.

Je souhaite recevoir les résultats du test par SMS  OUI  NON GSM patient .....

SIGNATURE PATIENT : .....

## INDICATION DU TEST PCR SARS-CO-V2

SELON L'INDICATION, LES CHAMPS OBLIGATOIRES\* DOIVENT ETRE REMPLIS FAUTE DE QUOI L'ANALYSE NE SERA PAS REALISEE

Définition d'un cas possible de COVID-19 [https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/COVID-19\\_Case%20definition\\_Testing\\_FR.pdf](https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/COVID-19_Case%20definition_Testing_FR.pdf)

Contact étroit avec un cas de COVID-19\* (Si code CORONALERT= combinaison de 17 chiffres)

\*Code     ( )

Le test doit être effectué le 7<sup>ème</sup> jour après l'exposition à haut risque ou le 7<sup>ème</sup> jour suivant le retour  
Les voyageurs et contacts à haut risque reçoivent un SMS avec un code (= code de prescription CORONATEST = combinaison de 16 chiffres et lettres) ou téléchargent le code (17 chiffres) via l'application coronalert

Personnes revenant d'un pays ou d'une région où il existe un risque d'infection élevé\*

\*Code obligatoire

Personnes nécessitant une hospitalisation (y compris hospitalisation de jour) : 1er testing

Personnes nécessitant une hospitalisation (y compris hospitalisation de jour) : 2ème testing

Nouveau résident d'une institution : 1er testing

Nouveau résident d'une institution : 2ème testing

Dépistage dans le cadre d'un départ (voyage à l'étranger) : facturé au patient : signature patient obligatoire\*

Je déclare que la destination du voyage nécessite ce test et j'accepte que les frais de cette prestation me soient facturés

Date et signature : .....

Testing au nom d'une entreprise - institution - employeur - école (hors critères INAMI) adresse de facturation obligatoire\*

NOM ET ADRESSE DE FACTURATION DE L'ENTREPRISE/INSTITUTION/ECOLE/EMPLOYEUR

obligatoire \*.....  
.....  
.....  
.....

## PRELEVEMENT (à compléter)

Date du prélèvement : .....

S'agit-il du 1er prélèvement PCR réalisé chez ce patient ?  Oui  Non (précisez la date du prélèvement antérieur : ...../...../.....)

Type d'échantillon :  Frottis naso-pharyngé  Frottis oro-pharyngé + nez superficiel