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 0 4 ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐

Merci d'utiliser le format ci-dessus

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*

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

Code ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ (☐)

Le test doit être effectué le 1er et 7ème jour après l'exposition à haut risque

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

Code obligatoire ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐

Les résidents revenant d'une zone rouge et y ayant séjourné plus de 48 heures doivent se faire tester **le 1er jour ET le 7ème jour** de la quarantaine obligatoire qui suit le retour

☐ **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

e-mail obligatoire :.....
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

L'ULB-IBC veille à la protection de la vie privée et des données personnelles des patients qui lui sont confiées. Plus d'informations sur le site www.ibclab.be

Edition 23-03-2021