IBC LAB

INSTITUT DE BIOLOGIE CLINIQUE - UNIVERSITÉ LIBRE DE BRUXELLES

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

PATIENT- MEDECIN PRESCRIPTEUR

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

Numéro de registre national OBLIGATOIRE ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

VIGNETTE OBLIGATOIRE

Médecin prescripteur
(adresse-Tél-email-INAMI)

NOM (majuscules).....

Prénom.....

Adresse.....

Code postal..... Localité.....

Sexe ☐ M ☐ F

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

e-mail .....

Date prescription : .....

Date de prélèvement : .....

Type d'échantillon : ☐ frottis naso-pharyngé

CACHET RESIDENCE

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 ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ (☐)

☐ Personnes revenant d'un pays ou d'une région rouge*

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) : signature patient obligatoire*

e-mail obligatoire :.....
Date et heure du départ : .....

CTPC __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

- Je déclare que la destination du voyage nécessite ce test et j'accepte que les frais de cette prestation me soient facturé si je ne possède pas un code de remboursement CTPC valide.
- Je déclare avoir pris connaissance des termes et conditions de réalisation du test PCR et les accepter.

https://www.ulb-ibc.be/wp-content/uploads/2021/07/clause_PCR_travel.pdf

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 *

.....
.....