

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



IBC LAB

INSTITUT DE BIOLOGIE CLINIQUE - UNIVERSITÉ LIBRE DE BRUXELLES

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)

Date prescription :

Date de prélèvement :

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

Merci d'utiliser le format ci-dessus

SIGNATURE PATIENT :

E-MAIL PATIENT :

CODE CTPC (CORONATEST PRESCRIPTION CODE) code de 16 positions alphanumériques (4 blocs de 4 positions)

je ne possède pas de code CTPC

Je possède un code CTPC

CTPC _____

TYPE DE PRELEVEMENT (à compléter)

Frottis naso-pharyngé

Frottis oro-pharyngé + nez superficiel (< 12 ans)

INDICATION DU TEST PCR SARS-CO-V2

Définition d'un cas possible de COVID-19

Auto-test positif

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

Personnes nécessitant une hospitalisation date d'entrée :

Nouveau résident d'une institution date d'entrée :

Dépistage dans le cadre d'un départ (voyage à l'étranger) ou d'une participation à un événement culturel ou autre

signature patient obligatoire*

e-mail obligatoire :

Date et heure du départ / événement :

▪ J'accepte que les frais de cette prestation me soient facturés

▪ 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 *