



Emiel Vloorsstraat 9
B- 2020 Antwerpen

| Tel + 32 (0)3 30 30 800
| Fax + 32 (0)3 30 30 883

| Email info@aml-lab.be
| Website www.aml-lab.be

DEMANDE D'ANALYSE SARS-CoV-2 (COVID-19)

VIGNET ou remplir	
Adresse:	Patient:
.....	Date de naissance: __/__/____ Sexe: H / F
NISS:	Copie à:
Transmettre le résultat (si positif) au médecin:	
GSM Nr médecin.....	GSM Nr patient
CTP-code: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

DÉTECTION SARS-CoV-2 (COVID-19) RNA via PCR

- | | | |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| 381 | <input type="checkbox"/> Le patient répond à la définition d'un cas possible de COVID-19 | <input type="checkbox"/> Non conform |
| 69799 | <input type="checkbox"/> Contact à haut risque avec un cas de COVID-19 | |
| 383 | <input type="checkbox"/> Concerne un nouvel (2 ^e) échantillon d'un patient déjà testé. (sélectionner uniquement avec 381 ou 69799) | <input type="checkbox"/> DNaw |
| 416 | <input type="checkbox"/> Recommandation retour d'un pays ou d'une région à haut risque d'infection | <input type="checkbox"/> eSW |
| 415 | <input type="checkbox"/> Nouveau résident d'une collectivité résidentielle | <input type="checkbox"/> UTM |
| 372 | <input type="checkbox"/> Screening hospitalisation (non-COVID) et hospitalisations de jour | <input type="checkbox"/> VST |
| 382 | <input type="checkbox"/> Dépistage au nom de l'employeur / de l'établissement (hors INAMI) € | <input type="checkbox"/> Zymo |
| 370 | <input type="checkbox"/> Dépistage au départ d'un voyage à l'étranger test non remboursable (mention médecin et accord requis!) € | <input type="checkbox"/> SAL |
| 424 | <input type="checkbox"/> Dépistage au départ d'un voyage à l'étranger test remboursable (événements, autres) | <input type="checkbox"/> X |

La personne concernée déclare que la destination du voyage nécessite ce test et accepte que les frais de cette prestation (€55/€65*) lui soient facturés.

Signature patient + date

Pour des voyages en Chine ou au Japon, un dosage supplémentaire des IgM sur sang est nécessaire, qui doit être payé par le patient. La personne s'engage à payer les coûts des tests. En cas de voyage en Chine, la personne se déclare d'accord que nous transmettions le rapport à l'ambassade de Chine.

* Un supplément de €10 est chargé pour la collecte de salive.

INSTRUCTIONS DE PRÉLÈVEMENT:

Frottis nasopharyngé: écouvillon fin

Frottis nasale/oropharyngé: écouvillon épais

Réceptacles acceptés: VST, Zymo, eSwab, UTM, Multicollect, Saliva*

Principe du double emballage: Frottis à part dans un sachet avec papier absorbant. Sachet fermé dans un second sac contenant le formulaire d'analyse. Veuillez inscrire clairement COVID-19 sur face extérieure de ce sachet.

Remarque: le médecin prescripteur déclare que le patient marque son accord quant à l'utilisation anonyme du reste de son échantillon à des fins de recherche scientifique.

(code-barre bleu)

Médecin prescripteur
Signature + numéro INAMI

Date de prélèvement:/...../..... Heure:.....