



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

AANVRAAGFORMULIER SARS-CoV-2 (COVID-19)

Adres: INSZ :	Patiënt: Geb. Dat: __/__/____ Geslacht: M / V Kopie aan:
Resultaat indien positief door te geven aan Dokter GSM Nr arts: GSM Nr patiënt:	

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

- 381 Patiënt voldoet aan de gevalsdefinitie
- 69799 Asymptotisch hoog-risico contact van een geval van COVID-19
- 383 Betreft 2^e afname bij deze patiënt (enkel in combinatie met een van bovenstaande aankruisbaar)
- 416 Terugkerende reizigers uit een rode zone
- 415 Nieuwe bewoner residentiële collectiviteit
- 372 Screening ikv ziekenhuisopname
- 370 Screening vertrek buitenlandse reis (vermelding arts en akkoord verplicht !) €
- 382 Screening in opdracht van de werkgever/instelling €

- Non conform
- DNaw
- eSW
- UTM
- VST
- Zymo
- SAL
- X

Betrokken persoon verklaart dat de reisbestemming deze test vereist en gaat akkoord dat de kosten (€50/€60*) voor deze bepaling aan hem/haar zullen aangerekend worden.

Handtekening patiënt + datum

In geval van een reis naar China verklaart de persoon zich akkoord met het doorsturen van het verslag naar de ambassade. Bij reizen naar China of Japan is tevens een IgM bepaling op bloed nodig (routine aanvraagformulier), te betalen door de patiënt. Hierbij verklaart de persoon zich akkoord om dit bedrag te betalen

* Er wordt een toeslag van €10 aangerekend voor speekselafname.

AFNAME INSTRUCTIES:

Nasopharyngaele afname: fijne wisser

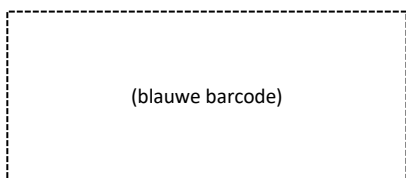
Nasale en/of oropharyngeale afname: dikke wisser

Geaccepteerde recipiënten: VST, Zymo, eSwab, UTM, Multicollect, Saliva*

Principe dubbele verpakking: wisser apart in zakje met tissue. Gesloten zakje in tweede zakje samen met aanvraagformulier.

Op buitenkant graag duidelijke vermelding COVID-19.

Opmerking: aanvragende arts verklaart dat de patiënt akkoord gaat dat het restmateriaal anoniem gebruikt kan worden voor wetenschappelijk onderzoek.



Aanvragende geneesheer
Handtekening + RIZIVnr.

Afnamedatum:/...../..... Uur:.....