

CENTRE DE RÉFÉRENCE POUR COVID-19

FORMULAIRE A RENVOYER AVEC L'ÉCHANTILLON AU LABORATOIRE DE RÉFÉRENCE :

Professeur Emmanuel André
UZ Leuven, Dienst Laboratoriumgeneeskunde,
Herestraat 49, B-3000 Leuven
Tel. 016/34.62.19 ou 016/34.64.40 – Fax. 016/34.79.31

***IDENTIFICATION DU LABORATOIRE QUI ENVOIE
L'ÉCHANTILLON**

Biologiste responsable:
Nom du laboratoire :
Tél. : Fax :
Adresse email:
Médecin prescripteur+ n° INAMI :
.....

***RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT**

Nom:
Sexe : H F
Date de naissance :
N° registre national :
Rue + n° :
Code postal et localité :
Nationalité :
Séjour récent à l'étranger : oui non
Si oui, pays ou région :

***RENSEIGNEMENTS CONCERNANT
L'ÉCHANTILLON**

Numéro d'identification :
Date de prélèvement :

Remplissez le formulaire le plus complètement possible – nous travaillons avec un système de triage pour estimer l'urgence de votre analyse.

L'identité du patient doit apparaître également sur l'échantillon.

La communication d'un numéro de fax et/ou d'une adresse e-mail est indispensable.

***INFORMATIONS CLINIQUES**

Date de début des symptômes :
Hospitalisation oui non
Si oui : Maladies infectieuses Soins intensifs
 Urgence Pédiatrie
 Autre :

Contact avec un cas COVID-19 confirmé: oui non

Nom index
Relation à l'index

Informations cliniques:

RX / CT scan suspect : oui non inconnu
Fièvre oui non
Toux oui non
Conjonctivite oui non
Dyspnée oui non
Maladie pulmonaire sous-jacente oui non
Immunodéficience oui non
Céphalées oui non
Myalgie oui non
Plaintes abdominales oui non

Prise de contact avec le médecin chargé du contrôle des maladies infectieuses dans votre province ou région :

oui non

ANALYSE DEMANDÉE POUR LE CNR

PCR SARS/COVID-19
2621 Voies respiratoires supérieures
2622 Aspiration
2620 LBA