



CHC
GROUPE SANTÉ

Siège social

Groupe santé CHC asbl
bd Patience et Beaujonc 9
B-4000 Liège

FORMULAIRE DE DEMANDE DE PCR POUR LE COVID-19

À ENVOYER AVEC L'ÉCHANTILLON À :

Clinique CHC MontLégia • Laboratoire d'analyses médicales (route 301)

Giang HO, pharmacien biologiste

bd Patience et Beaujonc 2 • B-4000 Liège

Tél : 04 355 63 00 • Fax : 04 355 63 08 • E-mail : giang.ho@chc.be

~ Les données communiquées par le médecin prescripteur permettent d'évaluer l'urgence de l'analyse au laboratoire.
~ Ces données seront enregistrées par le laboratoire (dans le LIS).
~ Ces données peuvent être demandées par Sciensano et l'INAMI, selon des modalités qui seront communiquées ultérieurement.
Objectif : surveillance de la santé publique, gestion et évaluation de l'épidémie.

ATTENTION : les demandes incomplètes ne seront pas traitées

INFORMATIONS CONCERNANT LE DEMANDEUR D'ANALYSE

Indispensables pour l'envoi des résultats

Nom médecin demandeur :

Tél. : Fax :

Mail :

N° INAMI médecin demandeur :

Laboratoire/hôpital :

Tél. : Fax :

Mail :

RENSEIGNEMENTS PATIENT ou étiquette

Nom et prénom du patient :

Sexe : H F

Date de naissance : / /

N° registre national :

Rue + n° :

Code postal et localité :

GSM*** :

Mail (à compléter en majuscules - 1 lettre par case)**** :

.....
.....

CODE CTPC/SMS/TRACING/masante.be (16 caractères)

.....

Pour la création du code gratuit : masante.be

Si le code ne s'avère pas / plus valable, la facture sera à charge du patient

INDICATION DU TEST DEMANDÉ = indications encodage

Patient symptomatique* COVID

Patient non symptomatique

Personne ayant eu un contact étroit avec un cas de COVID-19 Contact

Voyageur revenant de zone rouge Rouge SMS

↳ si CODE SMS

Screening hospitalisation / hospitalisation de jour Hospi

Nouveau résident d'une institution Résident

Investigation d'un cluster Cluster

Confirmation autotest positif Autotest

Voyage dans un pays étranger

RT-PCR (délai à 48h)

Gratuit (cf. masante.be) Gratuit

Payant (50 euros) Voyage

Signature pour accord***

Entreprise belge Entreprise

Nom entreprise :

Rue + n° :

Code postal et localité :

TVA :

Téléphone :

TEST DEMANDÉ

Type d'échantillon

Frottis

naso-pharyngé

Aspiration

naso-pharyngée

Lavage

broncho-alvéolaire

INFORMATIONS RELATIVES A L'ÉCHANTILLON

N'oubliez pas d'ajouter les données du patient sur le tube

Date du prélèvement : / /

DONNÉES CLINIQUES SUPPLÉMENTAIRES

Si hospitalisation

Maladies infectieuses

Soins intensifs

Urgences

Pédiatrie

Autre :

En cas de symptômes

Date de début des symptômes : / /

RX / CT scan suspect oui non inconnu

Anosmie / dysgueusie oui non

Fièvre oui non

Dyspnée oui non

Toux oui non

Douleurs thoraciques oui non

Céphalées oui non

Myalgie oui non

Plaintes abdominales oui non

Autre :

* <https://covid-19.sciensano.be/fr>

** Corona test prescription code

*** Je reconnais que le laboratoire d'analyses médicales du Groupe santé CHC met en œuvre tous les moyens et toutes les ressources disponibles afin de tenter de délivrer les résultats d'analyse Covid-19 ou autre analyse le plus rapidement possible tenant compte des circonstances exceptionnelles actuelles. J'exonère par conséquent le Groupe santé CHC de toute espèce de responsabilité quant aux éventuelles conséquences dommageables qui pourraient résulter dans mon chef d'une communication tardive des résultats, soit dans le cas d'une communication au-delà du délai de 72 heures communément admis comme étant, à titre indicatif, le délai raisonnable endéans lequel les résultats doivent être communiqués au patient.

**** J'autorise le laboratoire du Groupe santé CHC à m'envoyer les résultats d'analyses par sms et par mail, compte tenu des risques inhérents à ces modes de transmission électroniques (interception, corruption, confidentialité, perte du message...)

Tous les renseignements demandés sont obligatoires à l'exception des données cliniques supplémentaires