Centre Hospitalier
Bois de l'Abbaye

DEMANDE D'ANALYSES : CORONAVIRUS

Laboratoire ☎ : Secrétariat 04/338.90.30 Microbiologie 04/338.90.37

PATIENT		MEDECIN PRESCRIPTEUR	LABORATOIRE
Etiquette ou vignette Nom – prénoms : ..... Date de naissance : ...../...../..... DU : ..... Sexe (M/F) Adresse : ..... Mutuelle :		Date de prescription : ...../...../..... Nom : ..... **Signature** **Cachet ou N° INAMI**	*Réservé au laboratoire* *Etiquette GLIMS*
Service :	Date : ...../...../..... à .....h..... Par :	Copie à : ..... Localité :	

RECHERCHE DU VIRUS SARS-COV-2

○ PCR Classique

(Résultat rendu endéans les 24h)

○ PCR Rapide

(**Avec accord du biologiste** - *résultat rendu dans l'heure)*

*Critères de remboursement du test **(cochez)** :*

❑ **Patient asymptomatique :**

- ❍ Immunodéprimé (onco-hémato, gériatrie, corticothérapie)
- ❍ Contact à haut risque
- ❍ Cluster
- ❍ Hors critère de remboursement : **40.44€ à charge du patient**

❑ **Patient symptomatique :**

- ❍ Admission
- ❍ Patient immunocompromis (onco-hémato, gériatrie, corticothérapie)
- ❍ Soignant symptomatique en contact patient
- ❍ Résident MR/MRS
- ❍ Hors critère de remboursement : **40.44€ à charge patient**

○ PCR dans le cadre d'un départ en voyage :

Le voyageur qui demande le test :

- Confirme que le test est requis par un gouvernement étranger
- Donne son accord que le test lui sera facturé à hauteur de 40.44€ + 10€ de frais administratifs **(50.44€)**
- Souhaite recevoir ses résultats par mail : .....@..... (à défaut au guichet du Labo)
- S'engage à communiquer le résultat du test à son médecin traitant
- Pour accord :

Signature

RECHERCHE D'ANTICORPS DIRIGES CONTRE LE VIRUS SARS-COV-2

○ Dosage quantitatif d'anticorps IgG **(9.60€ à charge du patient)**