

CENTRE DE DEPISTAGE POUR COVID-19

FORMULAIRE A REMPLIR ET A RENVOYER AVEC L'ÉCHANTILLON A:

Laboratoire du CHR de la Citadelle,
Boulevard du XIIème de Ligne, 1
4000 Liège
Tel. 04 321 67 97 – Fax. 04 321 87 17

IDENTIFICATION PRESCRIPTEUR

Médecin prescripteur :

N° INAMI:

Adresse:

Numéro de téléphone:

Cachet:

RENSEIGNEMENTS PATIENT OU STICKER

Nom:

Sexe : **H** **F**

Date de naissance :

N° registre national :

Rue + n° :

Code postal et localité :

Patient est un professionnel de santé : **oui** **non**

Si oui: symptomatique, avec de la fièvre: **oui** **non**

professionnel de santé à l'hôpital, précisez:

.....

professionnel de santé dans un autre établissement, **nom**

établissement:

autre, précisez

Patient habite en collectivité par ex maison de repos:

oui **non**

Si oui: Nom collectivité

Fait partie d'une suspicion de cluster* **oui** **non**

Nouveau résidente symptomatique **oui** **non**

* par établissement max 5 personnes testées si cluster

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ÉCHANTILLON

Numéro d'identification :

Date de prélèvement :

Rajouter les données patient sur le tube !

Remplissez le formulaire le plus complètement possible – système de triage – urgence analyse !!

INFORMATIONS CLINIQUES

Hospitalisation : **oui** **non**

Pré-opératoire : **oui** **non**

Nouvelle hospitalisation (Pré-admission) : **oui** **non**

Patient symptomatique : **oui** **non**

Date de début des symptômes :

Si oui, RX / CT scan suspect : **oui** **non** **inconnu**

Pneumonie **oui** **non**

Fièvre **oui** **non**

Dyspnée **oui** **non**

Toux **oui** **non**

Autre respiratoires..... **oui** **non**

Conjonctivite **oui** **non**

Céphalées **oui** **non**

Myalgie **oui** **non**

Plaintes abdominales **oui** **non**

Patient tracing : **oui** **non**

Patient fait partie d'un groupe à risque: **oui** **non**

Si oui, Patient symptomatique: **oui** **non**

Immunosuppression, maladie maligne **oui** **non**

Age ≥65 ans **oui** **non**

Atteintes pulmonaire/cardiaque/rénale sévères **oui** **non**

Cardiovasculaire, HTA, diabètes **oui** **non**

Concerne un nouvel échantillon (2^e prélèvement) d'un patient déjà testé : **oui** **non**

Si oui, précisez :

Echantillon pour confirmation : **oui** **non**

Voyage à l'étranger ou séjour en collectivité

Départ:

PCR à réaliser dans le cadre d'un départ à l'étranger ou d'un séjour en collectivité.

Je donne mon accord pour que le prélèvement et le test moléculaire me soient facturés au prix de 50 €.

Signature du patient:

Retour :

PCR à réaliser dans le cadre d'un retour de l'étranger ou d'un séjour en collectivité en zone rouge ou orange*. Lieu(x):

Les zones sont définies selon le site:

https://diplomatie.belgium.be/fr/Services/voyager_a_letranger