



LABORATOIRE LUC OLIVIER

**DEMANDE D'ANALYSE SARS-CoV-2 (COVID-19)**

Patient: ..... NOM, PRÉNOM .....  
Date de naissance: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Sexe: H / F

Numéro du dossier: .....

VIGNET (ou remplir)  
Adresse: .....  
NISS: .....

Copie à: .....

Récent séjour à l'étranger – si oui, où?  Oui  Non .....

Récent contact avec un cas suspect ou avéré?  Oui  Non .....

Transmettre le résultat à docteur.....numéro de téléphone.....

**DÉTECTION DES PATHOGÈNES RESPIRATOIRES**

69792  SARS-CoV-2 (COVID-19)

Informations cliniques:

- |                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| <input type="radio"/> asymptomatique | <input type="radio"/> douleurs musculaires               |
| <input type="radio"/> fièvre         | <input type="radio"/> souffrance pulmonaire sous-jacente |
| <input type="radio"/> toux           | <input type="radio"/> immunodéficience                   |
| <input type="radio"/> essoufflement  | <input type="radio"/> autre: .....                       |

89915 Remarque:.....  
.....

**INSTRUCTIONS DE PRÉLÈVEMENT:**

Frottis nasopharyngé eNAT ou MULTICOLLECT (éventuellement UTM ou eSWAB)

Principe du **double emballage**:

Frottis à part dans un sachet avec papier absorbant. Sachet fermé dans un second sac contenant le formulaire d'analyse. Veuillez inscrire clairement COVID-19 sur la face extérieure de ce sachet. **SEPARER svp LES PRÉLÈVEMENTS POUR LES AUTRES TESTS FAITS EN ROUTINE**

Non-conforme

eNAT

DNAw

eSW

Pot

X

**Remarque: Le médecin prescripteur déclare que le patient est au courant que le coût du test demandé est à sa charge et que le patient marque son accord quant à l'utilisation anonyme du reste de son échantillon à des fins de recherche scientifique.**

Médecin prescripteur  
Signature + numéro INAMI

Date de demande: ...../...../.....

Date de prélèvement (si différente): ...../...../..... Heure:.....h.....min.

(Réservée au laboratoire)