

**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