

E-MAIL:

REFERENTIECENTRUM VOOR COVID-19

GELIEVE HET STAAL SAMEN MET DIT INGEVULD FORMULIER OP TE STUREN NAAR:
Professor Emmanuel André
UZ Leuven, Dienst Laboratoriumgeneeskunde, Herestraat 49, B-3000 Leuven
Tel. 016/34.62.19 - Fax. 016/34.79.31

MINIMALE GEGEVENS MET OOG OP RIZIV VERGOEDING

CONTACTGEGEVENS

Naam laboratorium of zorginstelling (indien van toepassing):
Naam + RIZIVnr aanvragende arts:
Adres arts: Emailadres:
Tel: Fax: Rapportering via: Fax Email eHealthbox\*

\*Contacteer Lag. kz@uzleuven.be indien geen gekende eHealthbox gebruiker bij UZ Leuven - met vermelding van gewenst formaat van het verslag en het laboresultaat (Health-one, Medar, Medibase of Medidoc).

PATIENTGEGEVENS OF STICKER

Naam:
Geslacht: M V
Geboortedatum:
Rijksregister nr:
Straat + nr:
Postcode en woonplaats:

\*artsen, verpleegkundigen, personeel van woonzorgcentrum en paramedic (bv ambulanciers, respiratoire kinesitherapeuten, ...) die in contact komen met patiënten die risico lopen op een ernstige vorm van COVID-19.

INDICATIE AANGEVRAAGDE TEST

- Nieuwe hospitalisatie
Bewoner instelling (zorginstelling, gevangenis en opvangcentra) met acute luchtweginfectie / verergering chronische respiratoire symptomen, of cluster in instelling.
Nieuwe instroom instelling (zorg, gevangenis en opvang)
Gezondheidspersoneel\* met acute luchtweginfectie of verergering chronische respiratoire symptomen
Betreft staal ter confirmatie

GEGEVENS OVER HET STAAL

Identificatienummer:
Datum afname staal:

Patiëntengegevens aanbrengen op de tube!

AANGEVRAAGDE TEST

PCR SARS/COVID-19 : 2621 Bovenste luchtwegen
2622 Aspiraat
2620 BAL

EXTRA KLINISCHE GEGEVENS

Indien hospitalisatie - eenheid: infectieziekten
intensieve zorgen spoedgevallen pediatrie

Indien patiënt binnen een risicogroep valt:

Immunosuppressie, maligniteit ja nee
Chronisch ernstig long/hart/nier-lijden ja nee
Cardiovasculair, AHT, diabetes ja nee

Indien patiënt zorgverlener is en symptomatisch:

zorgpersoneel in ziekenhuis, specificeer:
zorgpersoneel in instelling, naam instelling:
anders, werkt als

Indien symptomen:

Datum begin symptomen:
RX / CT scan abnormaal ja nee nvt
Pneumonie ja nee
Koorts ja nee
Kortademig ja nee
Hoest ja nee
Andere respiratoire..... ja nee
Conjunctivitis ja nee
Hoofdpijn ja nee
Spierpijn ja nee
Abdominale klachten ja nee
Andere: .....

Indien patiënt bewoner van collectiviteit is: naam instelling