

Pour toute question concernant le SARS-CoV2: 02/435.22.98

OBLIGATOIRE

Coordonnées patient(e)

Nom, Prénom:

Date de naissance: JJ / MM / AAAA Sexe: F M

Adresse:

NISS (OBLIGATOIRE)

Département:

N° tel patient (OBLIGATOIRE):

N° GSM patient (OBLIGATOIRE):

OBLIGATOIRE

Date de demande: JJ / MM / AAAA

Cachet et signature prescripteur:

Copie à: Copie patient

Je soussigné, déclare que les analyses marquées [Δ] sont en accord avec les règles de remboursement liées à un contexte clinique précis

Date et heure de prélèvement : JJ / MM / AAAA HH H MM

Prélevé par :

OBLIGATOIRE

Sérologie SARS-CoV-2

CRITÈRES DE REMBOURSEMENT

A COCHER OBLIGATOIREMENT

PATIENT

Veuillez aussi remplir les renseignements cliniques SVP:

- 8076** Hospitalisation ET cas possible* ET divergence PCR & CT-Thorax, >6 jours débuts symptômes.
- 8077** Clinique suggestive et persistante >13 jours après début symptômes, avec une PCR négative **ou** pas de PCR datant <7jours débuts symptômes
- 8078** Contexte diagnostic différentiel: clinique atypique, >13 jours après début symptômes

PERSONNEL

- 8079** Professionnel de santé ou personnes travaillant dans des services à haut risque (service COVID, laboratoire, collectivité résidentielle)

AUTRE

- 8080** Le patient ne répond pas aux définitions ci-dessus (Hors critères = non remboursé) [€]

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

A COCHER OBLIGATOIREMENT

- RC99** Post Vaccination
Nom vaccin: Date 2^e dose:
- 8065 Patient symptomatique** Date début symptôme(s)
- RC33** Toux **8028** Pneumonie
- RC34** Dyspnée **8058** Autre respiratoire:
- 8052** RX/CT scan suspect
- 8007** Fièvre **8055** Myalgies
- 8057** Anosmie / Agueusie
- 8053** Conjonctivite **8054** Céphalées
- 8010** Plaintes abdominales
- 8056** Aggravation symptômes chroniques
- 8022** Autre:

RENSEIGNEMENTS PATIENT

- Professionnel de santé
 - 8059** De l'hôpital
 - 8060** Autre établissement:
- 8061** Patient qui habite en collectivité
- Patient groupe à risque
 - 8062** Immunosuppression, Onco
 - 8063** Att. Pulmonaire, rénale sévère
 - 8064** Cardiovasc., HTA, diabète
 - 8066** ≥ 65 ans

ANALYSE

- SCOV2** IgG (anti-S) SARS-CoV-2 [Δ] MAX 2x/6mois 1 GJG

LÉGENDE

- [Δ]: Remboursement limité à un contexte clinique (voir nomenclature.be)
- [€]: hors INAMI, facturation au patient
- [€€] facturation à l'institution demandeur
- * Cas possible: 1 symptôme majeurs[§]
ou ≥ 2 symptômes mineurs[§]
ou aggravation symptômes respiratoires chroniques.

† cf.: https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/COVID-19_procedure_contact_FR.pdf

• Codes tubes:

• GJG: Grand jaune gel

Pour toute question concernant le SARS-CoV2: 02/435.2298

OBLIGATOIRE

Coordonnées patient(e)

Nom, Prénom:

Date de naissance: JJ / MM / AAAA Sexe: F M

Adresse:

NISS (OBLIGATOIRE)

Département:

N° tel patient (OBLIGATOIRE):

N° GSM patient (OBLIGATOIRE):

OBLIGATOIRE

Date de demande: JJ / MM / AAAA

Cachet et signature prescripteur:

Copie à: Copie patient

Je soussigné, déclare que les analyses marquées [Δ] sont en accord avec les règles de remboursement liées à un contexte clinique précis

Date et heure de prélèvement : JJ / MM / AAAA HH H MM

Prélevé par :

OBLIGATOIRE

Dépistage SARS-CoV-2

A COCHER OBLIGATOIREMENT

CRITÈRES DE REMBOURSEMENT

CAS POSSIBLE*

Veillez aussi remplir les renseignements cliniques SVP:

- 8049 Professionnel de santé
- 8050 En collectivité résidentielle
- 8074 Ni professionnel de santé, ni en collectivité résidentielle

SCREENING OU CONTACT À HAUT RISQUE

- 8048 Nécessite une hospitalisation, y compris de jour.
- 8069 Première fois dans une collectivité résidentielle
- 8075 Ceux en contact professionnel avec des personnes à risque de développer une forme sévère de la maladie
- 8096 Contact hors voyageurs, selon procédure contact+

VOYAGEUR

- 8098 Voyageur, selon procédure contact+
- 8081 Test PCR exigé pour les voyages internationaux **ET** mentionné sur le site web du SPF affaires étrangères **ET** accord pour facturation au prix de 46,81 € [€] :
! SIGNATURE VOYAGEUR OBLIGATOIRE:.....

HORS CRITÈRES

- 8051 Le patient ne répond pas aux définitions ci-dessus (Non remboursé, à charge de l'hôpital)
- 8097 Screen à la demande de l'institution/employeur [€€]
Nom+adresse employeur:

A COCHER OBLIGATOIREMENT

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

- RC99 **Post Vaccination**
Nom vaccin: Date 2^e dose:
- 8065 Patient symptomatique Date début symptôme(s)
- RC33 Toux 8028 Pneumonie
- RC34 Dyspnée 8058 Autre respiratoire:
- 8052 RX/CT scan suspect
- 8007 Fièvre 8055 Myalgies
- 8057 Anosmie / Agueusie
- 8053 Conjonctivite 8054 Céphalées
- 8010 Plaintes abdominales
- 8056 Aggravation symptômes chroniques
- 8022 Autre:

RENSEIGNEMENTS PATIENT

- Professionnel de santé
 - 8059 De l'hôpital
 - 8060 Autre établissement:
- 8061 Patient qui habite en collectivité
- Patient groupe à risque
 - 8062 Immunosuppression, Onco
 - 8063 Att. Pulmonaire, rénale sévère
 - 8064 Cardiovasc., HTA, diabète
 - 8066 ≥ 65 ans

ANALYSE

- 899 Frottis Nasopharyngé 831 Aspi Nasopharyngée 835 LBA 833 Aspi trachéo-bronchique (si LBA pas possible)

PATIENT HOSPITALISÉ

- COV2 Diagnostic SARS-CoV-2 [Δ]
- 87 Diagnostic SARS-CoV-2 et Influenza A/B et RSV [Δ]
- 71 Panel respiratoire [€] (InfluA&B, PIV1-4, Adeno, RSV, hMPV, Entero/Rhino, Corona229E/HKU1/OC43/NL63, C.pneumo, M.pneumo)

PATIENT AMBULATOIRE

- COV2 Diagnostic SARS-CoV-2 [Δ]
- 90 Panel respiratoire étendu [€] (! Uniquement patient USI et/ou par infectiologue !)
(InfluA&B, PIV1-4, Adeno, RSV, hMPV, Entero/Rhino, Corona229E/HKU1/OC43/NL63, Parecho, CMV, HSV, VZV, HHV6, Coxiella, C.pneumo, C.psit, M.pneumo, Bordetella, Legionella, Aspergillus, Pn.jir)