

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

## Sérologie SARS-CoV-2

### Critères de remboursement

A COCHER OBLIGATOIREMENT

#### Patient

*Veillez 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) [€]

[€] facturation au patient

### Analyse

[Δ]  **SCOV2** Ig Totales SARS-CoV-2  
(1 tube jaune gel)

MAX 2x/6mois

### Renseignements cliniques

A COCHER OBLIGATOIREMENT

**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

NB \* *Cas possible*: ≥ 1 symptôme majeurs<sup>§</sup> OU ≥ 2 symptômes mineurs<sup>§</sup> OU aggravation symptômes respiratoires chroniques.

<sup>§</sup>cf.: "[https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/COVID-19\\_Case%20definition\\_Testing\\_FR.pdf](https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/COVID-19_Case%20definition_Testing_FR.pdf)"

<sup>†</sup> cf.: [https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/COVID-19\\_procedure\\_contact\\_FR.pdf](https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/COVID-19_procedure_contact_FR.pdf)



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

### Critères de remboursement

A COCHER OBLIGATOIREMENT

**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: .....

### Renseignements cliniques

A COCHER OBLIGATOIREMENT

- 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 HOSPITALISE**

- [Δ]  COV2 Diagnostic SARS-CoV-2
- [Δ]  87 Diagnostic SARS-CoV-2 et Influenza A/B et RSV

[€]  71 Panel respiratoire (InfluA&B, PIV1-4, Adeno, RSV, hMPV, Entero/Rhino, Corona229E/HKU1/OC43/NL63, C.pneumo, M.pneumo ) 135 €

[€]  90 Panel respiratoire étendu (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 ) 115 € (! Uniquement patient USI et/ou par infectiologue !)

**PATIENT AMBULATOIRE**

- [Δ]  COV2 Diagnostic SARS-CoV-2

[€] facturation au patient  
[€€] facturation à l'institution demandeur

NB \* Cas possible: ≥ 1 symptôme majeurs<sup>§</sup> OU ≥ 2 symptômes mineurs<sup>§</sup> OU aggravation symptômes respiratoires chroniques.

<sup>§</sup>cf.: "https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/COVID-19\_Case%20definition\_Testing\_FR.pdf"

† cf.: https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/COVID-19\_procedure\_contact\_FR.pdf