

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 [U] 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 [U]

MAX 2x/6mois

1 GJG

LÉGENDE

• [U]: Remboursement limité à un contexte clinique (voir nomensoft.be)

• [€]: hors INAMI, facturation au patient

• [€€] facturation à l'institution demandeuse

• * Cas possible: ≥ 1 symptômes 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 [U] 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

À 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+

À 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:

HORS CRITÈRES

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

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

PATIENT AMBULATOIRE

- COV2 Diagnostic SARS-CoV-2 [U]

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

115 € 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)