



Vak bestemd voor labo:

Staalidentificatie
Datum afname staal

Naam en voornaam:

Adres:

Geboortedatum:

Geslacht:

OPN:

Kamer:

A

Minimale gegevens met het oog op RIZIV-vergoeding

- Mogelijk geval COVID-19 dat voldoet aan de gevalsdefinitie (zie website Sciensano of vak B).
Indien ja: vul volgende gegevens hieronder in en ook in vak B

- Ziekenhuisopname/dagziekenhuis Afdeling:
- Patiënt is zorgpersoneelslid (werkzaam in (naam instelling)
- Patiënt is inwoner van een collectiviteit (naam instelling)

- Ambulant
- Patiënt is zorgpersoneelslid (werkzaam in (naam instelling)
- Patiënt is inwoner van een collectiviteit (naam instelling)

- Hoogrisico of nauw contact met COVID-19- geval OF reiziger uit oranje/rode zone: definitie hoogrisico / nauw contact:
< 1,5 meter en > 15 min OF direct fysiek contact met patiënt of excretie/lichaamsvloeistoffen OF verzorging /onderzoek > 1,5 m zonder PBM OF binnen 2 zitplaatsen samen gereisd met een COVID-patiënt (> 15 min)

- Screening ziekenhuisopname / dagziekenhuis (doorstreep) zonder COVID-gerelateerde symptomen

- Nieuwe bewoner residentiële collectiviteit, indien nog geen PCR-resultaat bekend

Buiten RIZIV-vergoeding ten koste van patiënt: 46,81 euro

- PCR-test voor reizigers met geschreven verklaring van reiziger waarin bestemming en reisdatum vermeld staan. Land van bestemming staat op lijst buitenlandse zaken (zie website BuZa). Rapportering gebeurt ook aan de huisarts.

B

Datum begin COVID-gerelateerde symptomen: / /

Acuut optreden **zonder** duidelijke oorzaak van (1 symptoom)

- Hoest ja neen
- Kortademig/Dyspnoe ja neen
- Thoracale pijn ja neen
- Acute anosmie/dysgeusie ja neen

- Rhinitis ja neen
- Hoofdpijn ja neen
- Keelpijn ja neen
- Anorexie ja neen
- Acute verwardheid ja neen
- Plotse val ja neen
- Waterige diarree ja neen

OF

Optreden van 2 volgende symptomen **zonder** duidelijke oorzaak:

- Koorts ja neen
- Spierpijn ja neen
- Vermoeidheid ja neen

OF

Verergering van chronische respiratoire symptomen (COPD, astma, chronische hoest...), **zonder** andere duidelijke oorzaak ja neen

Indien minderjarig, contactgegevens:

(naam, voornaam, telefoon, verwantschap)

Aangevraagde test

Oorsprong

- COVID-19 PCR
- COVID-19 antigensneltest

- Bovenste luchtwegen (nasopharyngeaal / keelwisser)
- Bronchusaspiraatsputum Sputum BAL

Datum

Naam + RIZIV-nummer arts, handtekening