

Datum afname:/...../..... om uur	Afname door:
Datum aanvraag:/...../..... om uur	☐ Kopie Huisarts ☐ Dringend ☐ JA ☐ Neen

Dienst: Kamer: Adres:	Dokter:
Naam: Opnamesticker of mutualiteitsvignet	RIZIV N°: STEMPEL +
Voornaam:	Adres: HANDTEKENTING
Geboortedatum:/...../..... Geslacht: ☐ Man ☐ Vrouw	Handtekening:

Aangevraagde test (op nasopharyngeale wisser)

- ☐ COVID-19 PCR (ELITe InGenius)
- ☐ COVID-19 PCR (GeneXpert)
- ☐ Influenza A/B - RSV PCR (GeneXpert) (buiten RIZIV, aanrekening aan patiënt)
Gezien de beperkte beschikbaarheid is de GeneXpert test enkel mogelijk voor de volgende indicaties:
spoedopname 'code rood' (21 - 8u), opname IZ, vrouw in arbeid, urgente aërosol producerende procedure,
cardio-patiënt aan telemetrie, 'reserve patiënt' geplande ingreep/procedure
- ☐ COVID-19 antigeen sneltest (Panbio)

Zorgpersoneel?

- ☐ nee ☐ ja ☐ stagiair/student

Indicatie (gelieve één keuze te maken)

- ☐ Mogelijk geval COVID-19 (patiënt heeft symptomen volgens gevaldefinitie sciensano) *
datum aanvang symptomen: ... / ... / 20 ...
- ☐ Screening ziekenhuisopname (non-COVID) en dagziekenhuis, specificeer:
☐ vrouw in arbeid (of partner)
☐ dringende ingreep of ziekenhuisopname via spoedgevallen *
☐ geplande ingreep/procedure op datum: ... / ... / 20 ...
☐ controle screening bij gehospitaliseerde patiënt
- ☐ Screening nieuwe bewoner van een residentiële collectiviteit
- ☐ Clusteronderzoek ingeval van vermoeden nosocomiale uitbraak
- ☐ Screening risicopatiënt met duidelijk aantoonbare klinische noodzaak
(immuunsuppressie, maligniteit, > 65 jaar, ernstig chronisch long-, hart- of nierlijden, arteriële hypertensie, diabetes)
- ☐ Na ontvangst 'corona test prescription code': ... - ... - ...
☐ na het invullen 'zelfevaluatie' (self assessment testing)
☐ positieve zelftest te bevestigen met PCR (code via contactcenter (02 214 19 19))
☐ terugkerende reiziger
☐ betalende test

De te testen persoon verklaart zich akkoord dat de test (inclusief staalafname en andere kosten) aan hem/haar wordt aangerekend aan een kostprijs van 55,00 € indien de CTPC geen recht geeft op RIZIV-terugbetaling.

Datum:/...../ 20..... Handtekening voor akkoord:

☐ Betalende test (buiten RIZIV)

* Voor deze indicaties wordt steeds eerst een COVID-19 antigeen sneltest uitgevoerd.

Andere respiratoire pathogenen (op nasopharyngeale wisser)

- ☐ RSV antigeen ☐ Influenza A/B antigeen ☐ Influenza A/B PCR na negatieve antigeentest
4910 954 9540 (buiten RIZIV, aanrekening aan patiënt)