



Emiel Vloorsstraat 9  
B- 2020 Antwerpen

Tel + 32 (0)3 30 30 800  
Fax + 32 (0)3 30 30 883

Email info@aml-lab.be  
Website www.aml-lab.be

## AANVRAAGFORMULIER SARS-CoV-2 (COVID-19)

Adres: ..... ..... INSZ : .....	Patiënt: ..... Geb. Dat: __/__/____      Geslacht: M / V Kopie aan: ..... .....
Resultaat indien positief door te geven aan Dokter ..... GSM Nr arts: .....      GSM Nr patiënt: .....	

## DETECTIE SARS-CoV-2 (COVID-19) RNA via PCR

- 381     Patiënt voldoet aan de gevaldefinitie
- 69799  Asymptotisch hoog-risico contact van een geval van COVID-19
- 383     Betreft 2<sup>e</sup> afname bij deze patiënt (enkel in combinatie met een van bovenstaande aankruisbaar)
- 416     Terugkerende reizigers uit een rode zone
- 415     Nieuwe bewoner residentiële collectiviteit
- 372     Screening ikv ziekenhuisopname
- 370     Screening vertrek buitenlandse reis (vermelding arts en akkoord verplicht ! ) €
- 382     Screening in opdracht van de werkgever/instelling €

- Non conform
- DNaw
- eSW
- UTM
- VST
- Zymo
- SAL
- X

Betrokken persoon verklaart dat de reisbestemming deze test vereist en gaat akkoord dat de kosten (€55/€65\*) voor deze bepaling aan hem/haar zullen aangerekend worden.

Handtekening patiënt + datum

In geval van een reis naar China verklaart de persoon zich akkoord met het doorsturen van het verslag naar de ambassade. Bij reizen naar China of Japan is tevens een IgM bepaling op bloed nodig (routine aanvraagformulier), te betalen door de patiënt. Hierbij verklaart de persoon zich akkoord om dit bedrag te betalen.

\* Er wordt een toeslag van €10 aangerekend voor speekselafname.

### AFNAME INSTRUCTIES:

**Nasopharyngaele afname: fijne wisser**

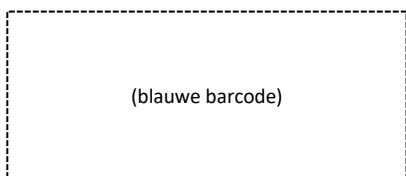
**Nasale en/of oropharyngeale afname: dikke wisser**

**Geaccepteerde recipiënten:** VST, Zymo, eSwab, UTM, Multicollect, Saliva\*

**Principe dubbele verpakking:** wisser apart in zakje met tissue. Gesloten zakje in tweede zakje samen met aanvraagformulier.

Op buitenkant graag duidelijke vermelding COVID-19.

**Opmerking: aanvragende arts verklaart dat de patiënt akkoord gaat dat het restmateriaal anoniem gebruikt kan worden voor wetenschappelijk onderzoek.**



Aanvragende geneesheer  
Handtekening + RIZIVnr.

Afnamedatum: ...../...../.....      Uur:.....