

PATHOGENES RESPIRATOIRES

TEL:

MEDECIN
Nom + signature + INAMI

TEL : FAX :
Copie
Copie patient

Patient :

VIGNETTE

minimum: nom + prénom + date de naissance

PRELEVEUR + DATE + HEURE

Pour plus d'informations concernant les analyses : cf. **compendium labo** (compendium.europehospitals.be)

PCR VIRUS RESPIRATOIRES

INDICATIONS REMBOURSEES

COVID-19

- Professionnel de la santé avec symptômes respiratoires (PDS)
- Patient(e) habitant en collectivité avec symptômes respiratoires (MRS)
- Patient symptomatique avec risque grave de progression de la maladie (AMBGRMAL)
- 2^{ème} test (controle) pour patient hospitalisé (2CONTR)

COVID-19 ou COVID-19/Influenza A-B/RSV

- Patient (sera) hospitalisé avec symptômes respiratoires (HOSP)

INDICATIONS NON REMBOURSEES (37,47€)

- Patient ambulatoire avec symptômes respiratoires (AMB) €
- Certificat (employeur, voyage,...) (CERTIF) €

→ ANALYSE DEMANDEE

MAX 1 à cocher

- 917 PCR COVID-19
- 928 PCR COVID-19/Influenza A-B/RSV
- 916 Antigènes Influenza A-B
- 912 Antigène RSV

PCR BACTERIES RESPIRATOIRES

ANALYSE NON REMBOURSEE

- 926 PCR Mycoplasma pneumoniae, Chlamydomphila pneumoniae, Legionella pneumophila, Bordetella pertussis et Bordetella parapertussis (35€ facturé au patient)

Sérologie COVID-19 (prise de sang)

INDICATIONS REMBOURSEES (MAX 2x/6 mois)^

- 423 Sérologie anti-N* SARS-CoV-2 (COVID-19)^
- Diagnostic différentiel dans des situations exceptionnelles au niveau hospitalier, comme pour les personnes immunodéprimées ou suspectées de MIS-C avec une PCR négative (DD)
- 423S Sérologie anti-S* SARS-CoV-2 (COVID-19)
- Avant l'administration d'un traitement prophylactique avec Evusheld pour les patients immunodéprimés (EVU)

INDICATION NON REMBOURSEE^ 9,60€ facturé au patient

- 423 Sérologie anti-N* SARS-CoV-2 (COVID-19)
- Autre :
- 423S Sérologie anti-S* SARS-CoV-2 (COVID-19)
- Post vaccin : ni recommandé, ni remboursé

* Anticorps contre la protéine N : après une infection naturelle à SARS-CoV-2
Anticorps contre la protéine S : après une infection naturelle à SARS-CoV-2 et post vaccination
^ Cf. indications dans l'AR n°20 du 13/05/20 (modification 23/01/23) et INAMI

- 403 CRP

Vacurette VST milieu

Copan eSwab orange



LEGENDE

- F Frottis nasopharyngé, vacurette milieu VST
- F Frottis nasopharyngé Copan eSwab orange
- S Tube serum