



Uitvoering is doorverwezen naar een verwijzingslaboratorium.

AANVRAAGFORMULIER COVID-19 DIAGNOSTIEK (CORONA)

Bij verhindering 24 uur van te voren afbellen, bij niet afbellen worden kosten volgens wettelijk tarief in rekening gebracht.
 Vul altijd minimaal het BSN van de patiënt in.

Postbus 16080
 2301 GB Leiden
 www.salux.nl

T 071 -516 00 22 (aanvragerlijn)
 F 071 -516 00 98
 E info@salux.nl

Plak NAW-label in dit vak

Naam
 Instelling
 Code
 Tel/Sein
 Kopie aan

Invullen door SCAL of Salux

m v
 Geboortedatum patiënt (ddmmjjjj) Naam patiënt Geslacht patiënt
 Datum afname : :
 Afnametijdstip (hh:mm)
 Initialen medw.

Datum aanvraag :

Aanvinken indien patiënt bezwaar heeft tegen ander gebruik lichaamsmateriaal

BSN*

*Het BSN nummer van de patiënt is essentiële informatie bij het verrichten van medische diagnostiek

Opmerkingen:

Afnamedatum: _ _ - _ - _ _ _ _ Tijd: _ _ : Eerste ziektedag: _ _ - _ - _ _ _ _

I Klinische gegevens:

Ja

Essentieel voor gericht onderzoek en juiste interpretatie van de uitslag

Symptomen:

- Neusverkoudheid
 Keelpijn
 Hoesten (afgelopen 24 uur)
 Kortademigheid
 Koorts > 38 graden (afgelopen 48 uur)
 Overig, namelijk

II Onderzoek:
MOLECULAIR (PCR) (actieve infectie)

- SARS-CoV-2 RNA (selecteer de herkomst van het afgenomen materiaal)
- Neus
 - Keel
 - Sputum
 - Oog
 - Overig, namelijk

SEROLOGIE (actieve en/of doorgemaakte infectie) (diagnostiek uit bloed (STOLBLOED serum))

- SARS-CoV-2 IgA, IgG, IgM
 SARS-CoV-2 IgA
 SARS-CoV-2 IgG
 SARS-CoV-2 IgM