

Description du champ eForm	Quoi ?	Obligatoire ?
Numéro d'identification NISS du patient	Numéro d'identification NISS Si non disponible, les informations suivantes doivent être mentionnées : Prénom, nom de famille, nom de rue, numéro, lettre suivant le numéro de maison, code postal, localité, pays, date de naissance YYYY-MM-DD, sexe (homme, femme, ...)	Obligatoire
Numéro de téléphone portable du patient	(Format international +32....)	Obligatoire
Numéro de téléphone fixe du patient	(Format international +32....)	Seulement obligatoire si pas de numéro de téléphone portable
Le patient est-il un professionnel de la santé ?	Oui/Non	Obligatoire
Personne de contact 1 & 2	Nom, prénom, numéro de téléphone et relation	Pas obligatoire
Type de contact avec le professionnel de la santé	Indiquer toujours ' Sur place '	Pas obligatoire
Date et éventuellement heure du contact	Jour et heure (Format YYYY-MM-DD hh:mm:ss)	Pas obligatoire
Début des symptômes	Jour du début des symptômes (Format YYYY-MM-DD) Si le patient a des symptômes, il doit consulter son médecin.	1900-01-01 A mentionner pour voyageur asymptomatique/ événement
HealthProfessionalIdentificationNumberTest	Numéro INAMI du pharmacien titulaire	Obligatoire
HealthcareProviderIdentificationNumber	Numéro CBE de la pharmacie	Obligatoire
HealthcareProviderLocation	Pas d'application (seulement collectivité)	Pas obligatoire
DepartmentSpeciality	Pas d'application (seulement hôpital)	Pas obligatoire
CollectivityIdentificationNumber	Pas d'application	Pas obligatoire
Numéro d'identification INAMI du professionnel de la santé 1&2&3 qui devrait recevoir le résultat du test	Numéro INAMI du médecin généraliste si le patient a un médecin généraliste. Conseil : pour trouver le numéro INAMI d'un prestataire de soins de santé https://ondpanon.riziv.fgov.be/SilverPages/fr	Pas obligatoire
Pourquoi le test a-t-il été prescrit ?	Toujours indiquer ' Test payant (départ à l'étranger, participation à des événements, autre) '	Obligatoire
Corona Test Prescription Code	Code à 12 chiffres si le patient en dispose	Ne pas compléter pour les tests non remboursés pour les voyageurs et événements
Date et éventuellement heure du prélèvement	Jour et heure (Format YYYY-MM-DD hh:mm:ss)	Obligatoire
Numéro d'identification du matériel obtenu, comme référence pour les demandes de renseignements à l'organisation source	Sélectionner le test dans la liste Si le test n'est pas dans la liste, mais figure bien comme test rapide approuvé sur le site de l'AFMPS, contacter l'APB ou OPHACO.	Obligatoire
Matériau de l'échantillon	Frottis nasopharyngé OU Frottis combiné nasopharyngé et oropharyngé	Obligatoire
Code du test effectué	Test antigénique rapide (94558-4)	Obligatoire
Date et éventuellement heure à laquelle le test a été effectué	Jour et heure (Format YYYY-MM-DD hh:mm:ss)	Obligatoire
Résultat du test		Obligatoire
Identifiant du patient dans l'application	Code à 17 chiffres de l'application	Obligatoire si le patient a installé l'application Coronalert
Date à laquelle le patient est devenu infectieux	Date indiquée dans l'application	
Le patient a reçu une alerte de risque élevé dans l'application Coronalert.	Oui/Non	