

IDENTITE :

Nom d'usage :

Nom de naissance :

Prénom :

Date de Naissance : ___/___/___

Adresse :

Numéro de téléphone :

Résultats par :

la poste

internet

labo

Adresse mail :

Lieu de résidence actuel : hébergement individuel
 milieu carcéral

hospitalisé

résident EHPAD

autre structure d'hébergement collectif

Professionnel de santé : OUI

NON

SYMPTOMES :

OUI

NON

DATE DE DEBUT DES SYMPTOMES : ___ / ___ / ___

PRISE EN CHARGE :

Numéro sécurité sociale :

Caisse :

Médecin prescripteur :

Date ordonnance :

Médecin traitant :

INDICATIONS :

Personnes symptomatiques,

cas contacts avec une personne testée positive (J0 J7)

bilan pré opératoire,

AUTRES _____

Si vous avez des antécédents de chirurgie nasale, une cloison nasale déviée, ou tout autre évènement susceptible de perturber le prélèvement, parlez-en au préleveur

PRELEVEMENT :

Préleveur :

Date :

Heure :

Origine : Écouvillonnage nasopharyngé

Visa réception labo :

Date : ___ / ___ / ___

heure : ___ h ___