

**IDENTITE :**

Nom d'usage :

Prénom :

Nom de naissance :

Date de Naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Sexe :

**Numéro de téléphone (obligatoire) :**

Adresse :

Résultats par :

la poste

internet

au labo

Adresse mail :

Lieu de résidence actuel :  hébergement individuel

hospitalisé

résident EHPAD

milieu carcéral

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 :**

Bilan pré opératoire

Personnes symptomatiques

Cas contact avec une personne testée positive ( J0  J7)

**Contact avec une personne à risque ou testée positive ayant séjourné au Royaume Uni ou en Afrique du Sud dans les 14 derniers jours** ( J0  J7)

**Retour d'un déplacement au Royaume Uni ou en Afrique du Sud dans les 14 derniers jours**

Retour d'un déplacement en pays étranger dans les 14 derniers jours : **Pays à préciser :**

Autre, à préciser :

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

**PRELEVEMENT :**

Origine :  Écouvillonnage nasopharyngé  **Ou, à défaut,** écouvillonnage oropharyngé  **Autre :**

Préleveur :

Date :

Heure :

Visa réception labo :

Date : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

heure : \_\_\_ h \_\_\_