



Maymat
BIOLOGIE MÉDICALE

Bon de demande Covid 19

PREA1-FOR001
Version 8
Applicable le 15/02/2021

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 :

Médecin traitant :

Réservé professionnels santé

- Test Antigénique positif :
Date : _____ Heure : _____
Réalisateur : _____
Téléphone : _____
- Demande de ciblage
Oui / Non _____
Signature : _____

Date ordonnance :

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 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 :**
- Test Antigénique positif, demande de ciblage
- 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 ___