



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 :

Date ordonnance :

Réservé professionnels santé

- Test Antigénique positif :

Date :

Heure :

Réalisateur :

Téléphone :

- Demande de criblage

OUI / NON

Signature

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 :**

Test antigénique positif, demande de criblage

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 :

Écouvillonnage nasopharyngé

Écouvillonnage oropharyngé

Salivaire

Autre :

Préleveur :

Date :

Heure :

Visa réception labo :

Date : ___/___/___

heure : ___ h ___