



PRELEVEMENT NASO-PHARYNGE RT-PCR PRELEVEMENT NASO-PHARYNGE TEST ANTIGENIQUE PRELEVEMENT SALIVAIRE (uniquement dépistage ciblé EHPAD, Ets scolaires, cas particuliers...)

INFORMATIONS PATIENT

NOM de naissance* : Sexe* : M F

Prénom(s) de naissance* :

Nom usuel : Téléphone :

Date de naissance* :/...../..... Lieu de naissance* :

Contrôle impératif de l'identité (* champ obligatoire)

J'atteste avoir vérifié l'identité du patient à partir d'une pièce officielle (carte d'identité, passeport)

Transmission par courrier d'une photocopie PI au laboratoire Transmission d'une photo PI par courriel contact@bio17.eu

Adresse principale :

Médecin traitant : Nom Prénom :

Spécialité : Ville / Département :

NOUVEAU PATIENT / CHANGEMENTS ADMINISTRATIFS

NOM de naissance de l'assuré (si différent du patient) :

Prénom de naissance de l'assuré :

NOM usuel :

Date et lieu de naissance de l'assuré :

N° SS : Caisse :

PRELEVEMENT NASO-PHARYNGE

NOM et PRENOM du préleveur : Service :

Date du prélèvement :/...../..... Heure du prélèvement :H.....

Dans le cadre du Suivi Médical Rendu au patient, les résultats du patient sont transmis à toute l'équipe médicale (prescripteur, IDE, etc...). Cochez la case NON si celui-ci s'y oppose. NON.

RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES

① Adresse e-mail patient : (en MAJUSCULE)

@

② Lieu de résidence

Hébergement individuel (maison, appartement, ...)

Hébergement collectif : Hospitalisé EHPAD Foyer Milieu carcéral

③ Professionnel de santé

OUI

NON

④ Date d'apparition des premiers symptômes

Ne sait pas

Pas de Symptômes

Le jour ou la veille du prélèvement

2, 3 ou 4 jours

5, 6 ou 7 jours

Entre 8 et 14 jours

Entre 15 et 28 jours

Plus de 28 jours

⑤ Bilan avant opération chirurgicale

NON

OUI Préciser le nom de l'hôpital ou de la clinique :

⑥ Vous avez été contacté par un médecin, par l'ARS ou par la CPAM suite à un contact avec un patient Covid positif ? OUI NON

⑦ Avez-vous prévu dans les 7 prochains jours de séjourner dans un autre lieu que votre résidence habituelle ? NON

OUI { Quel code postal ou département ?

Quel pays ?

⑧ Dans les 14 derniers jours, avez-vous séjourné dans un autre lieu que votre résidence habituelle ? NON

OUI { Quel code postal ou département ?

Quel pays ?

RESULTATS DU TEST ANTIGENIQUE

NEGATIF

POSITIF

MERCI DE FAXER ou D'ENVOYER PAR MAIL CETTE FICHE AU LABORATOIRE BIO17

Site Atlantique : ☎ 05.46.55.77.57 ✉ atlantique@labo.bio17.eu

Site Corsaires : ☎ 05.46.67.38.74 ✉ corsaires@labo.bio17.eu

PARTIE RESERVEE AU LABORATOIRE

Enregistrement vérifié le : Par :

Conforme

Non-conforme

Correction sans impact