



C2-F39 v9

Fiche de renseignements
Prélèvement nasopharyngé pour recherche de SARS-CoV-2
(COVID-19) par RT-PCR
Le protocole de prélèvement est disponible sur notre manuel de prélèvement en ligne

Dossier URGENT (A cocher si nécessaire)

MOTIF DE L'URGENCE et MODE DE TRANSMISSION :

PATIENT : Renseignements

Tél :
 Port :
 Mail :
 Résultats :
 Transmis par Poste
 Internet

PATIENT : Identité

Sexe : M / F
Civilité : M., Mme, Mlle, Enf
NOM :
Prénom :
Nom de naissance :
Date de naissance :/...../.....
Lieu de naissance :
Adresse :

ASSURE / FACTURATION N° de SS :

Caisse de SS (RO) :

MEDECINS Prescripteur :

Médecin 2 :

Médecin 3 :

TRANSMETTEURS

T1 :

T2 :

PRELEVEMENT Effectué par (Nom/Prénom/N° RPPS) Le __/__/202__ à __h__

En seconde intention si le prélèvement nasopharyngé ne peut être réalisé, cocher cette case : Salivaire*

* doit être réalisé 30 min après dernière prise de boisson, aliment, cigarette/e-cigarette, d'un brossage des dents ou d'un rinçage bucco-dentaire.

IMPORTANT : CONDITIONS DE REMBOURSEMENT (à partir du 15/10/21)

Schéma vaccinal complet : ou Patients mineurs : ou Prescription non renouvelable :

Campagne de dépistage collectif (ARS, Education Nationale, ...): ou sortie de quarantaine de pays en liste rouge

Contre-indication à la vaccination : ou Certificat de rétablissement de moins de 4 mois :

Cas contact notifiés par l'Assurance Maladie : ou Confirmation d'un test antigénique(y compris autotest) positif :

Autres cas : Non remboursé

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS SI-DEP (Les champs marqués d'une * sont obligatoires)

Adresse email :

Lieu de résidence actuel* :

Hébergement individuel Hospitalisé Résident en EHPAD En milieu carcéral Autre structure d'hébergement collectif

Résidence temporaire dans les 7 jours à venir ? NON OUI – Indiquer code postale et/ou département et/ou pays :

Pays de provenance si voyage dans les 14 derniers jours :

Professionnel de santé* : NON OUI

Apparition des premiers symptômes* :

Ne sait pas Asymptomatique
 Symptômes apparus le jour ou la veille du prélèvement Symptômes apparus 2, 3 ou 4 jours avant le prélèvement
 Symptômes apparus 5, 6 ou 7 jours avant le prélèvement Symptômes apparus entre 8 et 15 jours avant le prélèvement
 Symptômes apparus plus de 2 semaines avant le prélèvement

Consentement SIDEP : OUI NON

CADRE RESERVE AU LABORATOIRE

Réceptionné le / / 202..... à h par :

Anomalie(s)

PORTOIR / POSITION :

IDENTIFICATION DES ECHANTILLONS : VERIFIER les Nom, Prénom, Nom de naissance (NDN), DDN, Sexe et COMPLETER Préleveur, Date et Heure de prélèvement.

Nom	Nom	Nom	Nom
Prénom	Prénom	Prénom	Prénom
NDN	NDN	NDN	NDN
DDN	DDN	DDN	DDN
Sexe	Sexe	Sexe	Sexe
Prélevé par	Prélevé par	Prélevé par	Prélevé par
Le	Le	Le	Le
à	à	à	à
Nom	Nom	Nom	Nom
Prénom	Prénom	Prénom	Prénom
NDN	NDN	NDN	NDN
DDN	DDN	DDN	DDN
Sexe	Sexe	Sexe	Sexe
Prélevé par	Prélevé par	Prélevé par	Prélevé par
Le	Le	Le	Le
à	à	à	à