

FICHE DE DEMANDE D'EXAMEN CORONAVIRUS (SARS-CoV-2), COVID-19

 Prélèvement réalisé le : à : h min
 Par :

☐ PATIENT SYMPTOMATIQUE **OU** ☐ PATIENT ASYMPTOMATIQUE **OU** ☐ PATIENT CONTACT
☐ TEST PCR **OU** ☐ TEST SEROLOGIQUE

ETABLISSEMENT

Dénomination

☐ Résident ☐ Salarié

PATIENT(E)

Nom* :

Nom de naissance* :

Prénom* :

 Date de naissance* :

Adresse* :

 CP* : Ville* :

Num de tel* :

Adresse mail :

N° sécurité sociale* :

Nom et prénom de l'assuré :

Caisse* :

Médecin prescripteur* :

 Séjour au Royaume-Uni (dans les 15 jours précédant le prélèvement) / Contact avec une personne y ayant séjourné : ☐ Oui ☐ Non

 Séjour dans un autre pays (lequel :)
 (dans les 15 jours précédant le prélèvement) /

Contact avec une personne y ayant séjourné :

☐ Oui ☐ Non

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

 Date de début des symptômes*
☐ Fièvre ($\geq 38^{\circ}\text{C}$)

☐ Céphalées

☐ Fatigue intense

☐ Toux

☐ Signes d'infection respiratoire (préciser) :

☐ Anosmie

☐ Douleurs musculaires/articulaires

☐ Signes digestifs

☐ Autre (préciser) :

NATURE DE PRÉLÈVEMENT
☐ Ecouvillonnage naso-pharyngé dans milieu de transport virus

☐ Autre prélèvement respiratoire (préciser) :

☐ Sang

LIEN AVEC UN CAS CONFIRMÉ (cas contact)

Si oui, nature du lien avec le cas confirmé :

☐ Conjoint

☐ Enfant

☐ Autre personne vivant sous le même toit

☐ Personnel soignant non hospitalier

☐ Voisins, collègues de travail

☐ Co-voyageur, même groupe de voyage

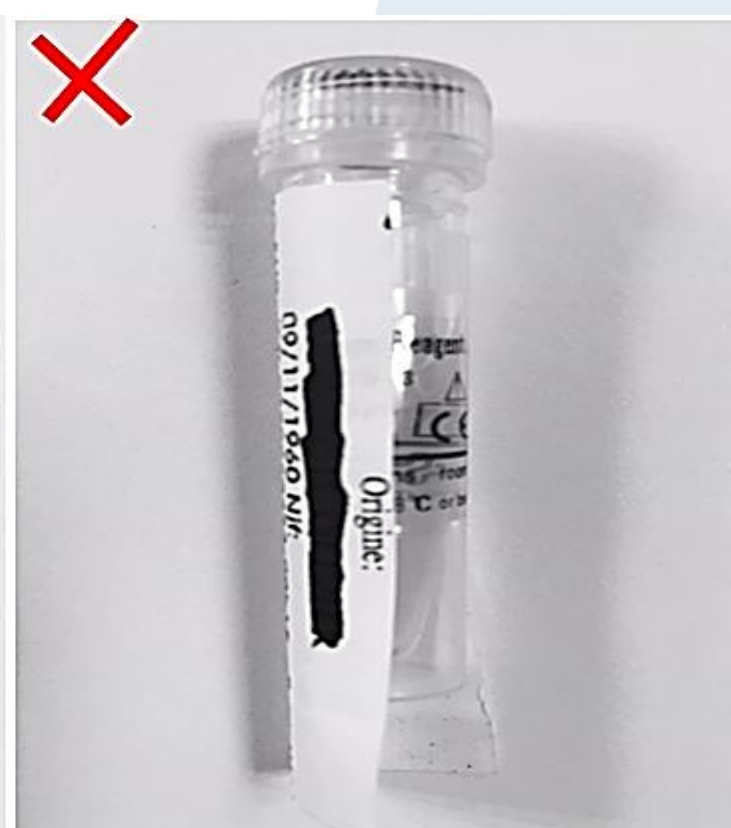
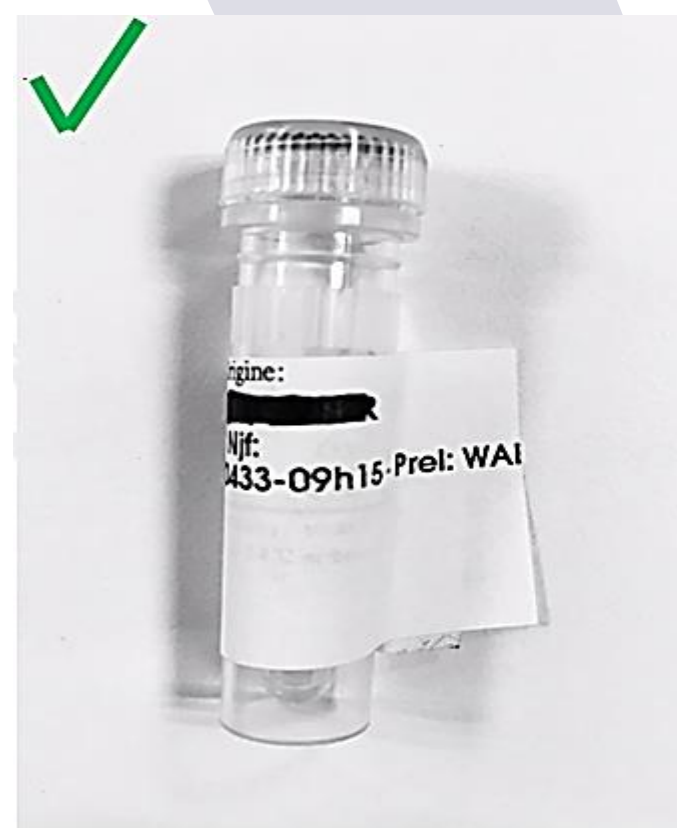
☐ Personnel en charge du ménage

☐ Autre (préciser) :

PROFESSIONNEL DE SANTÉ * ☐ Oui ☐ Non

Si oui préciser :

* : renseignement impératif pour la prise en charge par l'Assurance Maladie du prélèvement nasal par PCR

**BIEN DÉCHARGER L'ÉCOUVILLON DANS LE TUBE
 JETER ENSUITE L'ÉCOUVILLON EN DASRI**

 Ce test nécessite un matériel de prélèvement spécifique.
 Pour plus d'informations, contactez-nous au 03.27.81.68.55