

FEUILLE 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 (Hors nomenclature 30 euros sans le prélèvement)
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* :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUESDate 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

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

 Site Porte Notre Dame – CAMBRAI
 Site Martin-Martine – CAMBRAI
 Site Gambetta – CAUDRY

 Site de SOLESMES
 Site du Centre – DOUCHY LES MINES
 Site Carnot – DOUAI
www.oxabio.fr

Imprimé le 12/05/2020