

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
☐ PRELEVEMENT NASOPHARYNGE ☐ PRELEVEMENT SALIVAIRE ☐ SANG ☐ AUTRE

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 dans un 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*
 Préciser :

ETABLISSEMENT

Dénomination
☐ Résident ☐ Salarié

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
☐ Voisins, collègues de travail
☐ Co-voyageur, même groupe de voyage
☐ Autre (préciser) :

PROFESSIONNEL DE SANTÉ * ☐ Oui ☐ Non

Si oui préciser :

CONDITION DE REMBOURSEMENT

- ☐ Schéma vaccinal complet
☐ Mineurs
☐ Prescription de moins de 48h
☐ Cas contact notifié par l'assurance maladie uniquement
☐ Confirmation test antigénique positif
☐ Certificat de contre indication à la vaccination validé par la CPAM
☐ Test positif de plus de 11j

PRIX A PAYER AU LABORATOIRE EN CAS DE NON REMBOURSEMENT (chèque, paiement en ligne)

- ☐ 34 € pour un test PCR (le prélèvement est facturé directement par l'infirmier(e) libéral(e))

Je soussigné

- ☐ avoir vérifié les informations ci-dessus
☐ avoir transmis la somme en cas de non remboursement

Signature

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



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

