

FICHE DE TRANSMISSION DES PRELEVEMENTS POUR DEPISTAGE DU COVID-19*(détection du génome du SARS-CoV-2 par RT-PCR sur écouvillon nasopharyngé)***PATIENT**Enregistré comme « Patient contact Covid-19 » à la CPAM ? OUI NON

Nom d'usage :

Prénom :

Date de naissance :

Nom de naissance :

Sexe : M FLieu de résidence : Hébergement individuel Hospitalisé Résident en EHPAD En milieu carcéral
 Autre structure d'hébergement collectif

Adresse :

Tél mobile en priorité (à défaut Tél fixe) :

ou Tél de l'établissement (si patient hospitalisé, en EHPAD, maison de retraite...) :

Email :

Si patient non connu par le laboratoire, joindre copie attestation vitale + copie attestation mutuelle.**En l'absence de ces documents, renseigner les champs suivants :**

Nom / Prénom de l'assuré :

Caisse :

N° SS :

Mutuelle :

PRESCRIPTION Avec ordo Nom du médecin prescripteur : Ordo jointe Ordo à venir
 Sans ordo Nom du médecin traitant ou d'un médecin désigné par le patient :**PRELEVEMENT NASOPHARYNGE**

Nom / Prénom du préleveur :

Qualité : IDE Médecin Sage-femme Autre, préciser :

Date du prélèvement :

Heure du prélèvement :

TRANSMISSION DES RESULTATSExemplaire patient : A poster InternetExemplaire médecin : transmis au prescripteur, à défaut au médecin traitant ou au médecin désigné par le patient**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES**

- Le patient est-il un professionnel intervenant dans le système de santé ? OUI NON Ne sait pas
- Apparition des premiers symptômes : Le jour ou la veille du prélèvement Asymptomatique
 2, 3 ou 4 jours avant le prélèvement Ne sait pas
 5, 6 ou 7 jours avant le prélèvement
 Entre 8 et 14 jours avant le prélèvement
 Entre 15 et 28 jours avant le prélèvement
 Plus de 4 semaines avant le prélèvement
- Le patient a-t-il séjourné à l'étranger dans les 14 derniers jours ? OUI, préciser le pays : NON
- Le patient a-t-il été en contact à risque avec une personne ayant séjourné à l'étranger dans les 14 jours suivant son retour ? OUI, préciser le pays : NON
- Le prélèvement fait suite à un test antigénique positif ? OUI NON
- Le patient a-t-il déjà été diagnostiqué positif à un test RT-PCR Covid-19? OUI NON
- Le patient est-il vacciné OUI NON
Si oui, le schéma vaccinal est-il complet (totalement vacciné, dernière injection depuis plus de 14 jours)? OUI NON
- Le patient est-il un cas contact? OUI NON

CADRE RESERVE AU LABORATOIRERéceptionné par : le ___/___/___ à ___ h___ Conforme Non conforme

Commentaires :

