Fiche de renseignements : Recherche de SARS-CoV-2 (COVID-19)

Les champs annotés d'une astérisque * sont OBLIGATOIRES

Examen demandé* : ☐ **RT-PCR COVID** ☐ **Test Antigénique**

Ordonnance * : ☐ **Avec** ☐ **Sans**

Partie réservée au Préleveur

Préleveur :
Date et heure :

Coller ici l'étiquette d'identification de la planche

Patient

Nom usuel* : ..... Nom de naissance* : .....

Prénom* : ..... Sexe*: ☐ Femme ☐ Homme Date de naissance* : ...../...../.....

Adresse* : .....

Ville* : ..... Code postal* : .....

N° de téléphone* : ..... Mail : ..... @.....

N° Sécurité sociale* : | | | | | | | | | | | | | | |

Nom et prénom du Médecin Traitant* : .....

Consentement diffusion SIDEP

	☐ **J'autorise** la diffusion de mes données personnelles **pour obtenir mon QR-CODE**
	☐ **Je refuse** la diffusion de mes données personnelles, elles seront donc anonymisées **je ne pourrai pas récupérer de QR-CODE** ***Sans retour de votre part nos secrétaires mettront par défaut à "je Refuse" sans retour en arrière possible***

Test remboursé : cocher la pièce justificative présentée

☐ Mineur (<18ans) – Toutes pièces justifiant l'âge
☐ Prescription médicale de moins de 48h ou bilan préopératoire
☐ Schéma vaccinal complet : certificat de vaccination papier ou Tous Anti Covid
☐ Certificat de rétablissement : Test positif de plus de 72h et de moins de 6 mois
☐ Sujet contact déclaré AMELI : SMS ou mail de l'assurance maladie
☐ Confirmation d'un test antigénique positif : document test Positif
☐ Certificat de contre-indication de la vaccination COVID19
☐ Élève cas contact de plus de 18 ans : courrier type de l'Éducation Nationale

En dehors de ces cas le test n'est pas remboursé.

Renseignement

Lieux de résidence * :
☐ Hébergement individuel (maison, appartement ...) *GTYPI
☐ Résidence en EHPAD *GTYPE : .....
☐ Autre structure d'hébergement collectif (MDR, internat, logement étudiant, caserne, centre social ...)*GTYPA : .....
☐ Hospitalisé, nom de l'établissement *GTYPH : .....
☐ Milieu carcéral *GTYPC

Professionnel santé * :
☐ Oui *GPROO ☐ Non*GPRON ☐ Ne sait pas *GPROU

Apparition symptômes* :
☐ Le jour ou la veille du prélèvement *GAP01
☐ 2, 3 ou 4 jours avant le prélèvement *GAP24
☐ 5, 6 ou 7 jours avant le prélèvement *GAP57
☐ Entre 8 et 14 j avant le prélèvement *GAPH2
☐ Entre 15 et 28 j avant le prélèvement *GAPH3
☐ Plus de 4 semaines avant le prélèvement *GAPH4
☐ Asymptomatique *GAPSA
☐ Ne sait pas *GAPSU

Voyage à l'étranger durant les 2 dernières semaines ?* : ☐ Oui ☐ Non, si oui dans quel pays* : .....
Statut vaccinal COVID19* : ☐ Non Vacciné / Vacciné ☐ 1dose ☐ 2 doses ☐ 3 doses **Vaccin :** .....

Fait à ..... le ..... Signature :

Ce document ne peut être reproduit ou communiqué à des tiers sans l'autorisation écrite du laboratoire