

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom : Type de résidence : Individuelle (maison, appartement) Collectivité

Nom de naissance : Si collectivité, précisez le type :
ex. : Hôpital, EHPAD, Milieu carcéral, Caserne, Résidence étudiante...

Prénom : Adresse :
(Lieu de résidence actuelle)

Genre : Féminin Masculin

Date de naissance : JJ MM AAAA Code postal :

N° de téléphone : Ville :

N° Sécurité Sociale : Adresse mail :

Je suis un professionnel intervenant dans le système de santé

LA OU LES RAISONS DE ME FAIRE DEPISTER

Je dispose d'une prescription médicale pour réaliser un test de dépistage de la COVID-19 de moins de 48h ou préopératoire (remboursé)

J'ai des symptômes (perte de l'odorat, perte du goût, fièvre, toux, ...) et ils sont apparus : = remboursé si vacciné ou ordonnance < 48h

Nature des symptômes : Fièvre Toux Perte de goût/odorat Autre

Moins de 24h avant le prélèvement Entre 8 et 14 jours avant le prélèvement

2, 3 ou 4 jours avant le prélèvement Entre 15 et 28 jours avant le prélèvement

5, 6 ou 7 jours avant le prélèvement Plus de 4 semaines avant le prélèvement

Je suis cas contact déclaré (notification TousantiCOVID ou message de la CNAM) (remboursé).

J'ai fait un test antigénique Covid qui est positif (remboursé).

J'ai un schéma vaccinal (remboursé) Vaccin :

Date 1^{ère} injection : / / Date 2^{ème} injection : / / Date 3^{ème} injection : / /

J'ai un certificat de rétablissement Covid : (avoir eu une PCR positive de plus de 72h et de moins de 6 mois) (remboursé)

J'ai un certificat de contre-indication à la vaccination Covid : (à fournir) (remboursé)

Je souhaite me faire dépister de ma propre initiative : je réglerai donc l'analyse : 44 € (nasopharyngé) ; 40 € (salivaire) ; 22 € (test antigénique)
(montants donnés à titre indicatif si prélèvement réalisé au laboratoire)

J'ai une contre-indication à la réalisation d'un prélèvement nasopharyngé (cocher la ou les contre-indication(s))

- Saignements ou douleurs, Saignements lors d'un prélèvement antérieur
- Déviation cloison nasale, contre-indication médicale Jeune enfant, patient très âgé (EHPAD)
- Travailleurs transfrontaliers Patient psychiatrique

Bien que le test PCR sur prélèvement naso-pharyngé soit la référence et malgré la diminution de la sensibilité de la technique, je souhaite bénéficier :

- d'un prélèvement oro-pharyngé d'un prélèvement salivaire d'un test antigénique

Pour la transmission de vos résultats à votre médecin traitant :

Prénom et nom de votre médecin : Code postal de votre médecin :

Si je reviens d'un voyage dans un pays étranger dans les 14 derniers jours :

Pays de départ :

Avez-vous réalisé un test antigénique dans les dernières 24h ?

Oui Non Résultat : Positif Négatif

RESERVE AU LABORATOIRE

Date : Heure :

Nature : Nasopharyngé Oropharyngé Salivaire Test Antigénique

Identification du préleveur : Identification du réalisateur du test Ag :

Résultat du test Ag :