

FORMULAIRE COVID-19 RT-PCR Prélèvement nasopharyngé

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : __/__/____ Nom de naissance : _____

Sexe : M F Numéro de sécurité sociale : _____

Adresse : _____

Tél Portable : _____ E-mail : _____

Médecin traitant : _____

A COMPTER DU 15/10/21 – INDICATIONS DE PRISE EN CHARGE DES TESTS COVID (obligatoire)

- Patient mineur (< 18 ans)
- Patient vacciné (schéma complet) – **vérification visuelle du pass sanitaire par le préleveur**
- Patient symptomatique avec ordonnance < 48h – **joindre l'ordonnance**
- Avant hospitalisation ou chirurgie avec ordonnance mentionnant la date du test – **joindre l'ordonnance**
- contre-indication à la vaccination – **joindre une copie du formulaire cerfa**
- cas contact non vacciné – **vérification du sms ou mail de l'assurance maladie par le préleveur**
- élève cas contact > 18 ans – **joindre le courrier de l'éducation nationale**
- test antigénique positif de moins de 48h – **joindre le résultat du test**
- certificat de rétablissement (covid+ il y a plus de 72h et moins de 6 mois) – **joindre le résultat du test**

En dehors de ces indications le patient donne son accord pour réaliser le test qui lui sera facturé 44.06€ [analyse 34.29€ + prélèvement 9.77€] +/- si à domicile 5.96€

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES (obligatoire)

Lieu de résidence : Hébergement individuel Milieu carcéral Ne sait pas
 Hôpital Autre structure d'hébergement collectif

Personnel de santé ou médico-social : Non Oui Ne sait pas

Présence de symptômes : Non Oui

si oui : depuis hier/aujourd'hui il y a 2 à 4 jours il y a 5 à 7 jours
 il y a 8 à 14 jours il y a 15 à 28 jours il y a plus de 4 semaines

Résidence différente dans les 7 jours à venir : Non Oui Ne sait pas

Provenance si voyage dans les 14 derniers jours : Non Oui *si oui dans quel pays :*

Dépistage réalisé dans le cadre d'une campagne scolaire : Non Oui

Traçabilité prélèvement (obligatoire) :

Préleveur : _____ Date : __/__/____ Heure : _____