

# FICHE DE SUIVI : DEPISTAGE COVID19



MERCI DE REMPLIR CES RENSEIGNEMENTS, **\*\*\*\* EN MAJUSCULES \*\*\*\***

NOM : .....

NOM DE NAISSANCE : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ..... SEXE :  Féminin  Masculin

ADRESSE : .....

CODE POSTAL : ..... VILLE : .....

MAIL (en majuscules) : .....@.....

PORTABLE (indispensable) : .....

N° SECURITE SOCIALE\* : ..... MEDECIN TRAITANT : .....

(\*Pour l'enfant, n° d'assuré de la personne qui le couvre)

TYPE DE TEST:  PCR  TEST ANTIGENIQUE (TAG)

## MOTIFS DE REALISATION DU TEST

- PATIENT MINEUR
- ORDONNANCE (<48H ou mentionnant la date prévue du soin, valable dans les 72h précédentes)
- VACCINATION :  1 DOSE  2 DOSES  3 DOSES date dernière injection : .....
- CONTRE-INDICATION A LA VACCINATION : fournir IMPERATIVEMENT le certificat avec le prélèvement
- TEST ANTIGENIQUE POSITIF DE MOINS DE 48H : fournir IMPERATIVEMENT le justificatif avec le prélèvement
- ANTECEDENT D'INFECTION COVID (test PCR positif de moins de 6 mois)
- CAS CONTACT (notifié par CPAM/Tous AntiCovid/Education Nationale) : fournir le mail Education Nationale
- Si aucune case n'est cochée, absence de prise en charge par l'Assurance Maladie, tarif applicable :  
*Journal Officiel de la République Française : Arrêté du 14 octobre 2021*
- PCR : 44€
  - TAG : 22€
- Bon pour accord HN  OUI  NON  
Merci de préparer le règlement

## RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

TYPE D'HEBERGEMENT :  Individuel  EHPAD  Collectif autre

PROFESSIONNEL DE SANTE OU MEDICO-SOCIAL :  NON  OUI

SYMPTOMES :  NON  OUI

Merci de préciser la date/période d'apparition des symptômes avant le prélèvement

<24h  2, 3 ou 4 jours  5, 6 ou 7 jours  Entre 8 et 14 jours  Plus de 2 semaines

PAYS DE RESIDENCE :  FRANCE  AUTRE PRECISER : .....

RETOUR D'UN PAYS ETRANGER :  NON  OUI LEQUEL : ..... DATE DE RETOUR : .....

En signant et en remettant ce formulaire au laboratoire pour la réalisation de l'examen mentionné, j'accepte les délais de réalisation indiqués dans le manuel de prélèvement du laboratoire (<https://biofusion.manuelprelevement.fr>) et les conditions de prise en charge du test.

Le : ... / ... /...

Signature du patient :

Cette fiche doit être utilisée lors de prélèvement d'échantillon Covid-19 par le laboratoire

MU-ENR-PVT-033-07 applicable au 18-10-2021