SYNLAB Provence
Laboratoire de Biologie Médicale

FICHE DE RENSEIGNEMENTS RT-PCR Covid 19

Renseignements concernant l'assuré et le patient

NOM DE NAISSANCE ……..**PRENOM** …… Sexe : ……..

NOM D'USAGE : …… ……**Date de Naissance** : ……/……/……

Adresse postale de résidence : ……

……

……

Étiquette code à barre

Téléphone : fixe : ……portable : ……

Ou Téléphone à défaut d'un proche de confiance : ……

Mail : ……@……

Ou Mail à défaut d'un proche de confiance : ……@……

N° SECU : ……CAISSE: ……

Transmission des résultats

Patients : Labo Courrier Tél Serveur e-mail ……

Nom du médecin traitant ou à défaut du médecin désigné par le patient : ……

Transmission à un tiers : Nom de la personne mandatée …… Signature patient :

Prélèvements

Prélèvement effectué le : ……/……/…… **à** ……h……**par** ……

Facturation IDE : ☐ OUI ☐ NON Déplacement : ☐ OUI ☐ NON km : ……

Ordonnance mailée patient « cas contact »

Renseignements cliniques

Lieu de résidence du patient : ☐ hébergement individuel ☐ hospitalisé ☐résident en EHPAD ☐ milieu carcéral ☐ autre

Le patient est il un professionnel de santé ? ☐ oui ☐ non

Vaccination : ☐ Oui ☐ Non ☐ Certificat rétablissement (vérification certificat par préleveur)
☐ Contre-indication (certificat **à fournir au laboratoire)**

Ordonnance : ☐ Ordonnance - 48h ☐ Ordonnance avec date d'hospitalisation (NON RENOUVELABLE)

Test Antigénique positif (de- de 48h) : ☐ Oui ☐ Non (Document de Test Ag **à fournir au laboratoire**)

Symptômes : **Date d'apparition des premiers symptômes** : (fièvre, toux, gorge irritée, perte gout/odorat, fatigues, diarrhée, difficultés respiratoires)

☐ Asymptomatique ☐ Apparition le jour au la veille ☐ 2, 3 ou 4j avt le prlvt ☐ 5, 6 ou 7j avt le prlvt

☐ 8 à 15j avt le prlvt ☐ plus de 15j avt le prlvt ☐ ne sait pas

Cas contact : Identifié par l'assurance maladie (Vérification par préleveur) ☐ Oui ☐ Non

Opérations de dépistage collectif : (ARS, une préfecture ou un établissement de l'Education Nationale) ☐ Oui ☐ Non
(Courrier **à fournir au laboratoire**)

Réception des échantillons *(à remplir par le personnel du laboratoire)*

Date de réception : ……/……/…… **Heure réception :** ……h…… Paraphe :

☐ Ecouvillon dans milieu de transport

Prélèvement Non conforme : ☐ Cause : ……