



dossier PAD
(écrire Nom Prenom,
DDN ou étiquette)



Formulaire de renseignements pour la réalisation d'un examen virologique ou sérologique concernant la COVID-19 en laboratoire de biologie médicale

32-PRE-7E-138-05-BL

PRELEVEUR

NOM IDEL :
SEXE : M F

Date : ___/___/_____

Heure Prélèvement : ___ H ___

TYPE DE PRELEVEMENT : Nasopharyngé Salivaire (Selon recommandations de l'HAS*)

IDENTIFICATION

Nom d'usage :

Nom de naissance*

1er prénom*:

Date de naissance : ___/___/_____

Adresse

Code postal/Ville

Pays :

Téléphone mobile : _____

E-mail

Numéro de sécurité sociale : /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/

Caisse (ex : CPAM Nantes)

Nom / Prénom du médecin

Ville d'exercice :

INDICATION (à compléter OBLIGATOIREMENT)

- Prescription médicale de moins de 48h (si opération merci de nous communiquer le bon avec la date de l'opération)
- Mineur
- Cas contact avec justificatif de l'assurance maladie
- Schéma vaccinal complet à jour (Vérification par IDEL du pass-sanitaire)
- Certificat de rétablissement (test positif de plus de 72h et de moins de 6 mois, vérification du pass par l'IDE)
- Contre-indication à la vaccination (Justificatif CERFA à joindre au laboratoire)
- Test RT-PCR de confirmation suite à TAG +
- Courrier d'invitation à une campagne de dépistage de l'ARS ou de l'éducation nationale (joindre le document)
- Aucun des cas ci-dessus : le patient s'engage à régler le montant de l'analyse au laboratoire

Date apparition symptômes : ___/___/_____

Votre lieu de résidence

Hébergement individuel

Hospitalisé

Autre structure d'hébergement collectif

Résident en EHPAD

Milieu carcéral

Ne sait pas

En cas de voyage dans les 14 derniers jours, quel était le pays étranger visité :

Si dans les 7 prochains jours, vous changez d'adresse principale, quel sera le code postal / département / pays :

Seules les indications ci-dessus, seront analysées. Pour éviter de transmettre des documents contaminés, nous vous remercions de signer ci-dessous nous indiquer que le document était bien présent.

Je soussigné(e), _____, infirmier(e) ou préleveur habilité, certifie avoir contrôlé que l'indication cochée était justifiée.