

PATIENT (*obligatoire)

Nom d'usage* :

Prénom* :

Nom de naissance* :

Né(e) le* :/...../..... Sexe* : M F

Identité vérifiée par pièce d'identité (nouveau patient)
 CNI Passeport Titre de séjour
 Livret de famille Autres :

Adresse* :

Code postal* : Ville* :

Mail* :

Tél.* :

N° sécurité sociale* :
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Caisse Assurance maladie : Dpt :

Mutuelle :

Date fin droit mutuelle :

Médecin traitant :

Ville :

Prescripteur :

N° RPPS :

PRISE EN CHARGE

Grippe : Prise en charge uniquement sur ordonnance et si patient symptomatique et hospitalisé en établissement de santé ou résidant en établissement médico-social.

Covid 19 : Pour une prise en charge à 100% si :
 Patient mineur
 Assurés de 65 ans et plus
 Patient en ALD ou Invalidité
 Maternité DDG/...../..... (à partir du 6^{ème} mois)
 Professionnel de santé/personnel d'un établissement de santé ou médico-social (justificatif à fournir)
 Patient immunodéprimé (pour sérologie-détection des anticorps : seul cas de 100%) **sinon prise en charge 60/40%**

RT-PCR COVID (Sars-CoV-2) RT-PCR GRIPPE (Influenza types A et B) RT-PCR VRS

PRÉLÈVEMENT

Covid 19 / Grippe / VRS: Prélèvement naso-pharyngé Ecouvillon + milieu, conservation à T° réfrigérée.

Covid 19 salivaire (si contre indication) : 1 à 2 ml de salive dans un flacon sec stérile, conservation à T° ambiante le recueil doit être réalisé plus de 30mn après la dernière prise de boisson, aliment, cigarette, e-cigarette, d'un brossage de dents ou rinçage bucco-dentaire, sans effort de toux, ni raclement de gorge.

PRÉLÈVEMENT

Date de prélèvement :/...../..... Heure :

Préleveur :

Lieu : Domicile ES / EHPAD Labo Cabinet
 Autre (préciser) :

Nature du prélèvement :
 Nasopharyngé Auto-prélèvement salivaire*
 Autre (préciser) :

*** Uniquement si nasopharyngé non réalisable ou contre-indiqué**

TRANSMISSION DES RÉSULTATS

Mail* Remis en main propre (labo) Courrier postal

Autorisation de diffuser les résultats aux professionnels de santé : Sauf opposition de la part du patient, le laboratoire est susceptible de communiquer les résultats aux professionnels appartenant à l'équipe de soins. **Si le patient s'oppose, cocher cette case**

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Asymptomatique Symptomatique :

Signes cliniques :
 Perte de goût (agueusie) ou d'odorat (anosmie)
 Frisson et/ou fièvre >38°C
 Douleurs musculaires- Courbatures
 Maux de tête
 Difficulté à respirer
 Douleur abdominale et/ou diarrhée
 Toux
 Fatigue

Date d'apparition des symptômes :/...../.....

Avez-vous séjourné à l'étranger dans les 14 jours précédant ce test ou l'apparition des symptômes ?
 Oui Non **Pays** :

Statut vaccinal :
 Vaccination contre la Covid-19 : Oui Non
 Vaccination contre la Grippe : Oui Non

PATIENT (*obligatoire)

Nom d'usage* :

Prénom* :

Nom de naissance* :

Né(e) le* :/...../..... Sexe* : M F

Identité vérifiée par pièce d'identité (nouveau patient)
 CNI Passeport Titre de séjour
 Livret de famille Autres :

Adresse* :

Code postal* : Ville* :

Mail* :

Tél.* :

N° sécurité sociale* :
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Caisse Assurance maladie : Dpt :

Mutuelle :

Date fin droit mutuelle :

Médecin traitant :

Ville :

Prescripteur :

N° RPPS :

PRISE EN CHARGE

Grippe : Prise en charge uniquement sur ordonnance et si patient symptomatique et hospitalisé en établissement de santé ou résidant en établissement médico-social.

Covid 19 : Pour une prise en charge à 100% si :
 Patient mineur
 Assurés de 65 ans et plus
 Patient en ALD ou Invalidité
 Maternité DDG/...../..... (à partir du 6^{ème} mois)
 Professionnel de santé/personnel d'un établissement de santé ou médico-social (justificatif à fournir)
 Patient immunodéprimé (pour sérologie-détection des anticorps : seul cas de 100%) **sinon prise en charge 60/40%**

RT-PCR COVID (Sars-CoV-2) RT-PCR GRIPPE (Influenza types A et B) RT-PCR VRS

PRÉLÈVEMENT

Covid 19 / Grippe / VRS: Prélèvement naso-pharyngé Ecouvillon + milieu, conservation à T° réfrigérée.

Covid 19 salivaire (si contre indication) : 1 à 2 ml de salive dans un flacon sec stérile, conservation à T° ambiante le recueil doit être réalisé plus de 30mn après la dernière prise de boisson, aliment, cigarette, e-cigarette, d'un brossage de dents ou rinçage bucco-dentaire, sans effort de toux, ni raclement de gorge.

PRÉLÈVEMENT

Date de prélèvement :/...../..... Heure :

Préleveur :

Lieu : Domicile ES / EHPAD Labo Cabinet
 Autre (préciser) :

Nature du prélèvement :
 Nasopharyngé Auto-prélèvement salivaire*
 Autre (préciser) :

*** Uniquement si nasopharyngé non réalisable ou contre-indiqué**

TRANSMISSION DES RÉSULTATS

Mail* Remis en main propre (labo) Courrier postal

Autorisation de diffuser les résultats aux professionnels de santé : Sauf opposition de la part du patient, le laboratoire est susceptible de communiquer les résultats aux professionnels appartenant à l'équipe de soins. **Si le patient s'oppose, cocher cette case**

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Asymptomatique Symptomatique :

Signes cliniques :
 Perte de goût (agueusie) ou d'odorat (anosmie)
 Frisson et/ou fièvre >38°C
 Douleurs musculaires- Courbatures
 Maux de tête
 Difficulté à respirer
 Douleur abdominale et/ou diarrhée
 Toux
 Fatigue

Date d'apparition des symptômes :/...../.....

Avez-vous séjourné à l'étranger dans les 14 jours précédant ce test ou l'apparition des symptômes ?
 Oui Non **Pays** :

Statut vaccinal :
 Vaccination contre la Covid-19 : Oui Non
 Vaccination contre la Grippe : Oui Non