

COVID-19

Formulaire de renseignements cliniques

Selon les recommandations du Ministère de la Santé

Formulaire à compléter par le préleveur lors du prélèvement

Prélèvement

Date :

Heure :

Code préleveur :

Nom, prénom :

OU

Code transmetteur :

Type de prélèvement

Naso-pharyngé

Sanguin

Autre, précisez :

Patient

Nom :

Prénom :

Nom de naissance :

Homme

Femme

Lieu de naissance :

Date de naissance :

Adresse :

Numéro SS :

Mail :

Tél. portable :

(dans tous les cas le patient recevra un SMS lorsque son résultat sera disponible)

Médecin prescripteur :

(si ordonnance, nom prénom)

Médecin traitant :

(Nom prénom)

Pré-opératoire, pré-hospitalisation

Tzanck

Parc Impérial

Santa Maria

Autre établissement, précisez :

Situation du patient

Professionnel de Santé

Patient hospitalisé

Patient d'EHPAD

Patient ambulatoire

Symptômes

Fièvre : Oui Non Signes respiratoires : Oui Non Autres, précisez :

Date apparition des symptômes :

Contact étroit avec un cas Covid +

OUI, préciser le numéro de télédéclaration :

NON

Ne sait pas

Typologie du lieu de résidence

Hébergement individuel

Résidence retraite ou EHPAD

Milieu carcéral

Autre structure d'hébergement collectif

Voyage à l'étranger

Test avant voyage à l'étranger, numéro de passeport si obligatoire pour votre voyage :

A séjourné à l'étranger dans les 14 jours précédant la date des symptômes ou du prélèvement

A eu un contact à risque avec une personne ayant séjourné à l'étranger, dans les 14 jours suivant son retour

Analyse demandée

Test PCR

délai conservation 48h à temp ambiante

Test PCR de confirmation après test antigénique positif

Si Positif, test de criblage des variants

Test sérologique

Si ordo, joindre droits Sécurité sociale et mutuelle

Vaccination ?

non oui, 1^{ère} inj le :

2^{ème} inj le :

(cocher la bonne option)

cocher la bonne option

Prise en charge des frais d'analyses :

- pour tout Assuré social à jour de ses droits (sous réserve de fourniture du numéro de Sécurité sociale),
- pour les ressortissants européens UNIQUEMENT AVEC présentation d'une ordonnance ou de l'attestation Tracking Cas Contact

Payant pour toutes les autres personnes au tarif de **85 euros** par analyse PCR.

Cellule de crise COVID-19 : Dr Jean-Christophe Achiardy, Dr Didier Benchetrit, Dr Mickelina Labaky, Dr Christophe Maruéjols et Dr Cécile Martaresche
Laboratoire multi-sites SYNLAB-BARLA, Centre de biologie médicale Saint-Roch, 41 boulevard Louis Braille, 06300 Nice, France Tél. 04 92 00 43 29

Réservé au laboratoire Site : Etiquette code à barre :

Réceptionné le à

Par (initiales) :

Conformité de l'échantillon : oui non NC déclarée : oui non