LABM BIOSEVRES

Formulaire de renseignements dépistages PCR COVID (patients)

MU C1-ENR026 V11
Version : 11
Applicable le : 10-11-2023

□ **Site de Bressuire**
tél. 05 49 65 03 05 / **sec.bressuire@laboratoire-biosevres.fr**

□ **Site de Thouars**
tél. 05 49 66 26 37 / sec.thouars@ laboratoire-biosevres.fr

PATIENT : **M.** □ **Mme** □ **Melle** □ **Enfant** □

Nom :…… ….…….**Nom de naissance** :……..……
Prénom (s) :……..…… **Sexe :** □ **M** □ **F**
Date de naissance :……..**Lieu de naissance :** …….
Adresse complète (adresse habituelle) : ……..…….……..
……..……..…

Si absence de téléphone/portable/mail, indiquez ceux d'un proche qui pourra contacter le patient

Téléphone fixe :…… **Portable** : ……..…….
Adresse mail : ……..……..……..……
Médecin traitant : ……....

PATIENT 100% - TIERS PAYANT :

N° de Sécurité Sociale :……..…
Nom-Prénom de l'assuré (si différent du patient testé) : ……..…..……

RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES :

Remboursement du test PCR et de la sérologie :

□ Patient mineur □ Patient ≥ 65 ans □ Femme enceinte □ Professionnel de santé/médico-social
□ Patient immunodéprimé (sérologie uniquement et si statut précisé sur l'ordonnance)
□ Patient en ALD (affection de longue durée)
□ Opération de dépistage collectif : fournir une pièce justificative

Si une case est cochée **:** le test est remboursé à 100% par l'assurance maladie, sinon un ticket modérateur de 30% ou 40% est appliqué en fonction du professionnel de santé réalisant le prélèvement (ticket modérateur pris en charge obligatoirement par la complémentaire santé)

Type d'hébergement actuel : □ Hébergement individuel □ Résident en EHPAD
□ En milieu carcéral □ Autre structure d'hébergement collectif : ……..……..……

Date d'apparition des symptômes : □ Asymptomatique (pas de symptôme) □ Ne sait pas (U)
□ Le jour ou la veille du prélèvement (S01) □ 2, 3 ou 4 jours avant le prélèvement (S24)
□ 5, 6 ou 7 jours avant le prélèvement (S57) □ Entre 8 et 14 jours avant le prélèvement (S814)
□ Entre 15 et 28 jours avant le prélèvement (SS34) □ Plus de 4 semaines avant le prélèvement (SP4S)

Si symptômes : □ Signes respiratoires □ Signes digestifs □ Syndrome grippal □ Autres

Autre contexte : □ Voyage / loisir □ Antécédent de COVID, date : ……....
□ Retour d'un **pays étranger** (moins de 14 jours) ? Pays / date : ……
□ Vaccination ? □ OUI □ NON Si oui : nombre de doses : …
Type de vaccin et date de dernière injection : ……..
□ Avant opération / consultation (prescription ou convocation)
□ Test antigénique positif de moins de 48 heures □ Autotest supervisé positif de moins de 48 heures □ Cas contact

Résultats patient □ A poster □ Au laboratoire
□ **Par Internet** : □ Accord valide pour tous examens de laboratoire □ Accord pour COVID uniquement
□ **Transmission au SIDEP :** □ **Oui** □ **Non (dans ce cas pas de certificat de test ni de rétablissement)**
Signature pour accord : Tél. portable (**obligatoire**) :

(adresse du site et identifiant transmis par SMS lorsque les résultats seront disponibles)

CADRE RESERVE AU LABORATOIRE :

Identification du préleveur : ……..…… **Date et heure du prélèvement :** ……