



RENSEIGNEMENTS COVID 19

BIO MEDI QUAL
CENTRE

Toutes ces informations sont OBLIGATOIRES pour la prise en charge de la demande



- Test RT PCR
- Test Antigénique
- Sérologie
- Criblage
- Avec prescription
- Sans prescription

Nom préleveur : Date prélèvement : : / / Heure : ...

Origine (hors sérologie) : Naso-pharyngé Salivaire

Le patient : Sexe H F Date de naissance : / /

NOM d'usage : Prénom :

Nom de naissance : Lieu naissance :

Adresse :

CP : Ville : N° Tél :

N° Sécu. :

Caisse : 100 % en CMU Invalidité ALD

Mutuelle : (Droits ouverts jusqu'au / /))

Les résultats (transmissions)

Nom du médecin traitant :

Par Internet N° Portable Patient :

A poster Pris au laboratoire A déposer à la Pharmacie :

au 2^{ème} Presc. / Méd. T. :

Hébergement individuel (appartement, maison, colocation...)

Autre structure d'hébergement collectif (logement étudiant, caserne, résidence pour personnes âgées non médicalisée, foyer de l'enfance, établissement médico-social pour personnes handicapées, centre d'hébergement à caractère social...)

Personne contact : OUI NON **Professionnel de santé :** OUI NON

Présence de symptômes : OUI NON

Période d'apparition des symptômes :

Le jour ou la veille du prélèvement

2, 3 ou 4 jours avant le prélèvement

5, 6 ou 7 jours avant le prélèvement

Entre 8 et 15 jours avant le prélèvement

Plus de 15 jours avant le prélèvement

Ne sait pas

Fièvre

Toux

Fatigue

Courbatures

Troubles digestifs

Perte de l'odorat (Anosmie)

Perte du goût (Agueusie)

Autres.....

Zone réservée au laboratoire Date : Heure :

Ordonnance ? : OUI NON

Prélèvement : conforme non conforme Visa :

En remplissant ce document, le patient autorise le traitement informatique de ses informations conformément à la politique de confidentialité accessible sur www.biomedigalcentre.fr

PREAN-DE—015 V3