



Nos exigences  
préanalytiques  
complètes sur  
www.biodoc.fr

BIO 11 CLINIQUE CARCASSONNE Tel: 04.68.11.91.00 Fax: 04.68.11.91.09  
BLUCHE GUILHEM CARCASSONNE Tel 04.68.72.82.82 Fax 04.68.72.82.83  
BIO 11 LIMOUX Tel : 04.68.31.12.72 Fax: 04.68.31.50.17  
BIOD'OC LEZIGNAN Tel : 04.68.27.00.93 Fax : 04.68.72.82.93  
BIOD'OC FOIX Tel : 05.34.09.33.90 Fax : 05.36.05.01.38  
BIOD'OC PAMIERES Tel : 05.61.67.09.84 Fax 05.61.67.08.95  
BIOD'OC REVEL Tel : 05.61.24.70.70 Fax 05.61.24.70.71  
BIOD'OC TREBES Tel : 04.68.78.89.69 Fax 04.68.78.51.88

## PRELEVEMENT COVID 19

Prélèvement fait le :  /  /  à  H

Localisation du prélèvement :  Naso-pharyngé  Autre : .....

Nom du préleveur : .....

Nom:.....Prénom .....

Nom de jeune fille :.....Date de naissance :... /... /...

Adresse:.....

.....

**Téléphone portable** : ..... **MEDECIN TRAITANT** : .....

Numéro de SS : .....

Adresse mail :

**Professionnel de Santé**  OUI  NON  Ne sait pas

**Lieu de résidence**  Individuel  EHPAD  Autre habitat collectif

**Contexte**  Patient Symptomatique  Pré-op.  Contact COVID +

**Retour de l'étranger**  OUI  NON Si oui, quand ? : .....  
Nom du pays : .....

**Signes Cliniques**  **Syndrome Grippal** (fièvre, courbatures, céphalées)  
 **Signes Respiratoires** (Toux, Dyspnée)  
 **Signes Digestifs** (Diarrhée)  
 **Autres Signes** (Anosmie, agueusie, troubles cutanés...)

**Début des symptômes** (nombre de jours avant le prélèvement)

Jour ou veille du prélèvement  2, 3 ou 4 jours avant  
 5, 6 ou 7 jours avant  Entre 8 et 15 jours avant  
 Plus de 15 jours avant  Asymptomatique

### TRANSMISSION DES RESULTATS

**Au prescripteur** :  Par courrier  Par téléphone  Par fax

Copie à d'autres prescripteurs : Si oui, lesquels .....

**Au patient**:  Par courrier  Au laboratoire  Internet seul (pas de courrier)

DE-MU0-278-04



Nos exigences  
préanalytiques  
complètes sur  
www.biodoc.fr

BIO 11 CLINIQUE CARCASSONNE Tel: 04.68.11.91.00 Fax: 04.68.11.91.09  
BLUCHE GUILHEM CARCASSONNE Tel 04.68.72.82.82 Fax 04.68.72.82.83  
BIO 11 LIMOUX Tel : 04.68.31.12.72 Fax: 04.68.31.50.17  
BIOD'OC LEZIGNAN Tel : 04.68.27.00.93 Fax : 04.68.72.82.93  
BIOD'OC FOIX Tel : 05.34.09.33.90 Fax : 05.36.05.01.38  
BIOD'OC PAMIERES Tel : 05.61.67.09.84 Fax 05.61.67.08.95  
BIOD'OC REVEL Tel : 05.61.24.70.70 Fax 05.61.24.70.71  
BIOD'OC TREBES Tel : 04.68.78.89.69 Fax 04.68.78.51.88

## PRELEVEMENT COVID 19

Prélèvement fait le :  /  /  à  H

Localisation du prélèvement :  Naso-pharyngé  Autre : .....

Nom du préleveur : .....

Nom:.....Prénom .....

Nom de jeune fille :.....Date de naissance :... /... /...

Adresse:.....

.....

**Téléphone portable** : ..... **MEDECIN TRAITANT** : .....

Numéro de SS : .....

Adresse mail :

**Professionnel de Santé**  OUI  NON  Ne sait pas

**Lieu de résidence**  Individuel  EHPAD  Autre habitat collectif

**Contexte**  Patient Symptomatique  Pré-op.  Contact COVID +

**Retour de l'étranger**  OUI  NON Si oui, quand ? : .....  
Nom du pays : .....

**Signes Cliniques**  **Syndrome Grippal** (fièvre, courbatures, céphalées)  
 **Signes Respiratoires** (Toux, Dyspnée)  
 **Signes Digestifs** (Diarrhée)  
 **Autres Signes** (Anosmie, agueusie, troubles cutanés...)

**Début des symptômes** (nombre de jours avant le prélèvement)

Jour ou veille du prélèvement  2, 3 ou 4 jours avant  
 5, 6 ou 7 jours avant  Entre 8 et 15 jours avant  
 Plus de 15 jours avant  Asymptomatique

### TRANSMISSION DES RESULTATS

**Au prescripteur** :  Par courrier  Par téléphone  Par fax

Copie à d'autres prescripteurs : Si oui, lesquels .....

**Au patient**:  Par courrier  Au laboratoire  Internet seul (pas de courrier)

DE-MU0-278-04