



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 +

PCR COVID OUI NON Ne sait pas
 Positive Négative Ne sait pas

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-MU0-278-03



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 +

PCR COVID OUI NON Ne sait pas
 Positive Négative Ne sait pas

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-MU0-278-03