

PATIENT

Nom :

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance : / /

Téléphone :

Adresse :

.....

.....

CP : VILLE :

N° Sécu :

STATUT

Vaccination complète

Test antigénique Positif (justificatif à fournir)

Date du test : /

Cas contact (justificatif à fournir)

PRELEVEMENT

Date .../.../... Heure :h

Préleveur :

J'autorise le laboratoire à transmettre mes données personnelles à la plateforme SI-DEP

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Pas de symptômes

Symptômes

Date d'apparition des symptômes :

..... /

RESULTATS

Mail patient :

Mail médecin :

CONTEXTE

Professionnel de santé

Pré-opérateur ou pré-hospitalisation

Patient Établissement de soin (Nom :

Voyage

RECEPTION (Réservé au laboratoire)

Nom :

Date :

Heure :

Conformité des échantillons à la réception :

Oui Non

Double contrôle de la saisie

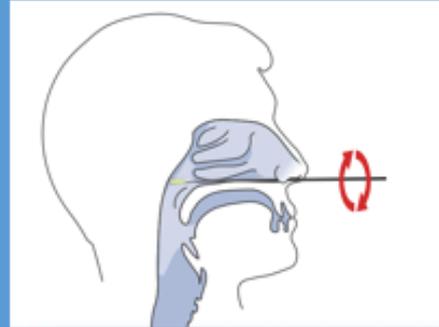
Nom :

Signature :

En cas d'utilisation en procédure dégradée, joindre obligatoirement l'ordonnance

PRELEVEMENT COVID-19

Écouvillonnage naso-pharyngé à partir de l'écouvillon sec fourni avec le kit
Bien tourner 10 sec au niveau du pharynx
Port de masque, de gants et lunettes de protection



Transfert de l'écouvillon dans le tube avec du tampon
Ne pas casser l'écouvillon dans le tube
Le décharger 30 sec dans le tampon et le jeter



Ce milieu de transport conserve le matériel génétique

Transfert du tube correctement fermé et identifié (nom / prénom / DDN) dans le sachet de transport et fermeture hermétique du sac avec la bande autocollante



Acheminement au laboratoire dans les meilleurs délais