

FICHE DE RENSEIGNEMENTS DEPISTAGE RT-PCR Covid19 - TERRITOIRE NORD COTENTIN

Réf. : PR-O1PRVMTEN00810, version 10

<p>Identification patient :</p> <p>Nom usuel :</p> <p>Nom de naissance :</p> <p>Prénom :</p> <p>Date de naissance :</p> <p>Sexe : F H</p> <p>Téléphone portable :</p> <p>Téléphone fixe :</p> <p>Adresse e-mail : (e-mail obligatoire pour recevoir les résultats sur la plateforme sécurisée Kiro)</p> <p>Adresse :</p> <p>CP : Ville :</p> <p>N° de sécurité sociale :</p> <p>Médecin prescripteur :</p> <p>Médecin traitant si différent du prescripteur :</p> <p>Lieu de travail :</p> <p>Statut vaccinal :</p> <p>Nom du vaccin :</p> <p>Date 1^{ère} dose : __/__/__</p> <p>Date 2^{ème} dose : __/__/__</p> <p>Date 3^{ème} dose : __/__/__</p>	<p>Conditions de prise en charge du test PCR :</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Situation de prise en charge par la Sécurité Sociale</th> <th style="text-align: center;">Preuve demandée par le laboratoire</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Personnes ayant un schéma vaccinal complet</td> <td>QR code du passe sanitaire ou certificat papier de vaccination complète</td> </tr> <tr> <td>Personne ayant une contre-indication médicale à la vaccination</td> <td>Certificat médical établi sur le formulaire spécifique (Cerfa n° 16183*01) ou délivré par la Sécurité Sociale</td> </tr> <tr> <td>Personne avec un certificat de rétablissement</td> <td>QR code du passe sanitaire : test positif de plus de 72h et de moins de 6 mois</td> </tr> <tr> <td>Les personnes mineures</td> <td>Pièce d'identité en cas de doute</td> </tr> <tr> <td>Personnes contact</td> <td>SMS ou mail envoyé par l'Assurance Maladie ou ARS ou Education nationale</td> </tr> <tr> <td>Personne disposant d'une prescription médicale</td> <td>Personne symptomatique : Ordonnance médicale de moins de 48h Personne devant recevoir des soins : Ordonnance de moins de 72h ou convocation de l'établissement de santé</td> </tr> <tr> <td>Retour d'un pays en liste rouge et devant réaliser un test de sortie de quarantaine</td> <td>Arrêté de quarantaine</td> </tr> <tr> <td>Confirmation d'un test antigénique positif de moins de 48h en pharmacie</td> <td>Résultat du test antigénique (fourni par le pharmacien)</td> </tr> </tbody> </table> <p><input type="checkbox"/> Intervention chirurgicale : Date __/__/__ et heure __ H __</p> <p><input type="checkbox"/> Vol : Date __/__/__ et heure __ H __</p>	Situation de prise en charge par la Sécurité Sociale	Preuve demandée par le laboratoire	Personnes ayant un schéma vaccinal complet	QR code du passe sanitaire ou certificat papier de vaccination complète	Personne ayant une contre-indication médicale à la vaccination	Certificat médical établi sur le formulaire spécifique (Cerfa n° 16183*01) ou délivré par la Sécurité Sociale	Personne avec un certificat de rétablissement	QR code du passe sanitaire : test positif de plus de 72h et de moins de 6 mois	Les personnes mineures	Pièce d'identité en cas de doute	Personnes contact	SMS ou mail envoyé par l'Assurance Maladie ou ARS ou Education nationale	Personne disposant d'une prescription médicale	Personne symptomatique : Ordonnance médicale de moins de 48h Personne devant recevoir des soins : Ordonnance de moins de 72h ou convocation de l'établissement de santé	Retour d'un pays en liste rouge et devant réaliser un test de sortie de quarantaine	Arrêté de quarantaine	Confirmation d'un test antigénique positif de moins de 48h en pharmacie	Résultat du test antigénique (fourni par le pharmacien)
Situation de prise en charge par la Sécurité Sociale	Preuve demandée par le laboratoire																		
Personnes ayant un schéma vaccinal complet	QR code du passe sanitaire ou certificat papier de vaccination complète																		
Personne ayant une contre-indication médicale à la vaccination	Certificat médical établi sur le formulaire spécifique (Cerfa n° 16183*01) ou délivré par la Sécurité Sociale																		
Personne avec un certificat de rétablissement	QR code du passe sanitaire : test positif de plus de 72h et de moins de 6 mois																		
Les personnes mineures	Pièce d'identité en cas de doute																		
Personnes contact	SMS ou mail envoyé par l'Assurance Maladie ou ARS ou Education nationale																		
Personne disposant d'une prescription médicale	Personne symptomatique : Ordonnance médicale de moins de 48h Personne devant recevoir des soins : Ordonnance de moins de 72h ou convocation de l'établissement de santé																		
Retour d'un pays en liste rouge et devant réaliser un test de sortie de quarantaine	Arrêté de quarantaine																		
Confirmation d'un test antigénique positif de moins de 48h en pharmacie	Résultat du test antigénique (fourni par le pharmacien)																		
<p>Renseignements obligatoires :</p> <p><u>Votre lieu de résidence actuelle est-il ?</u></p> <p><input type="checkbox"/> Un hébergement Individuel (appartement, maison individuelle, colocation, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Une structure d'hébergement collectif (Internat, logement étudiants, caserne, résidence pour personne âgées non médicalisée, foyer de l'enfance, établissement médico-sociaux, centre d'hébergement, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> EHPAD</p> <p><input type="checkbox"/> Hospitalisé</p> <p><input type="checkbox"/> Milieu carcéral</p> <p><input type="checkbox"/> Autre</p> <p><u>Etes-vous un professionnel intervenant dans le système de santé ?</u></p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>	<p>Prélèvement :</p> <p>Préleveur :</p> <p>Date prélèvement : __/__/__</p> <p>Heure prélèvement : __ H __</p> <p><input type="checkbox"/> Prélèvement naso-pharyngé</p> <p><input type="checkbox"/> Prélèvement salivaire</p> <p>Contexte non remboursé :</p> <p>Mode de règlement : <input type="checkbox"/> espèces <input type="checkbox"/> chèque <input type="checkbox"/> CB</p> <p>Montant : €</p>																		
<p>Si vous avez des symptômes, ceux-ci sont apparus ?</p> <p><input type="checkbox"/> Le jour ou la veille du prélèvement</p> <p><input type="checkbox"/> 2 à 4 jours avant le prélèvement</p> <p><input type="checkbox"/> 5 à 7 jours avant le prélèvement</p> <p><input type="checkbox"/> 8 à 14 jours avant le prélèvement</p> <p><input type="checkbox"/> 15 à 28 jours avant le prélèvement</p> <p><input type="checkbox"/> plus de 4 semaines avant le prélèvement</p> <p><input type="checkbox"/> Absence de symptôme</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sait pas</p> <p>Renseignements cliniques obligatoires :</p> <p><input type="checkbox"/> Fièvres (>38° C) <input type="checkbox"/> Toux</p> <p><input type="checkbox"/> Céphalées <input type="checkbox"/> Fatigue intense</p> <p><input type="checkbox"/> Agueusie, anosmie <input type="checkbox"/> Signes digestifs</p> <p><input type="checkbox"/> Signe d'infection respiratoire (préciser) :</p> <p><input type="checkbox"/> Douleurs musculaires/articulaires</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (préciser) :</p>	<p><input type="checkbox"/> J'accepte la mise en ligne de mes résultats sur la plateforme sécurisée Kiro et recevoir des informations du laboratoire Unilabs par e-mail. Je reconnais que mon adresse e-mail est personnelle, sécurisée et accessible uniquement aux personnes autorisées</p> <p><input type="checkbox"/> Je souhaite récupérer mes résultats par la Poste</p> <p><input type="checkbox"/> Je souhaite récupérer mes résultats au laboratoire</p> <p><input type="checkbox"/> Je souhaite récupérer mes résultats à la pharmacie</p> <p><input style="color: red;" type="checkbox"/> J'accepte que mes données personnelles soient transmises au SIDEP pour la génération du QR codes associé au test.</p> <p style="text-align: right;">Signature du patient :</p>																		