

Fiche de **prélèvement naso-pharyngé** RT-PCR CoVid-19 / criblage variants

Préparation et envoi des écouvillons CoVid-19

Matériel

- Ecouvillon,
- Tube SSR (Sample Storage Reagent) ou Tube Greiner (virus Stabilization tube)
- Pochette plastique avec papier absorbant,

IMPORTANT : si vous utilisez un autre type d'écouvillon que celui fourni dans le kit, veillez à casser l'extrémité dans le tube fourni

Préparation des échantillons

- Identifier le tube au moyen d'une étiquette
- Effectuer l'écouvillonnage nasopharyngé dans les 2 narines
- Introduire l'écouvillon dans le tube contenant le milieu de transport et casser au point de fragilité ; revisser fermement le bouchon
- Préparer deux papiers absorbants humectés de solution antivirale en spray et désinfecter bouchon et culot du tube
- Mettre le tube dans la pochette avec papier absorbant
- Joindre la fiche de renseignements dûment complétée +/- l'ordonnance

Conservation des échantillons : 24h maximum entre 2 et 4°C –Au-delà, congeler

Patient(e) ou Etiquette

Nom
 Prénom.....
 Nom de naissance
 Date de naissance
 Sexe ☐ F ☐ M
 Adresse.....

 CP
 Ville.....
 Téléphone.....
 (Parent / tuteur si patient mineur)
 Adresse Mail (obligatoire):

Prescripteur

Médecin prescripteur.....
 Médecin traitant

Préleveur

Date
 Heure.....
 Préleveur.....
 Nature du prélèvement :
☐ Ecouvillon nasopharyngé

Cachet pharmacie

Numéro SS.....Caisse SS :

Renseignements complémentaires OBLIGATOIRES

Notion de séjour à l'étranger dans les 14 jours précédents ? ☐ Non ☐ Oui (Pays :)

Vaccination ? ☐ Non ☐ Oui Nom du vaccin : Date 1^{ère} dose : 2^{ème} dose : 3^{ème} dose :

Lieu de résidence actuelle :

- ☐ Maison/appartement
☐ EHPAD, caserne, résidence, centre d'hébergement
☐ Autre

Asymptomatique

- ☐ Pré-opératoire / préhospitalisation
☐ Admission en EHPAD / foyer
☐ Voyage
☐ Autre

Professionnel de Santé ? ☐ Oui ☐ Non

En cas de symptômes, date d'apparition :

- ☐ Le jour ou la veille du prélèvement
☐ 2 – 4 jours avant le prélèvement
☐ 5-7 jours avant le prélèvement
☐ 8 –15 jours avant le prélèvement
☐ Plus de 15 jours avant le prélèvement

☐ RT PCR de criblage suite Test antigénique positif

Date du test :

☐ RT PCR de contrôle suite Autotest positif

Date du test :

Critères OBLIGATOIRES à respecter pour la prise en charge de l'analyse

- ☐ Schéma vaccinal complet ou certificat de rétablissement /contre-indication vaccinale (justificatif)
☐ Patient mineur (vérifier pièce d'identité)
☐ Prescription médicale de moins de 48h ou mentionnant la date intervention / délai réalisation du test : à joindre au prélèvement
☐ Sujet contact à risque : mail ou SMS envoyé par l'assurance maladie
☐ Dépistage collectif (école, demande ARS, etc.) : joindre le document de prise en charge remis

Vérification par le préleveur de l'exactitude de ces informations (par ex. via l'application « TAC vérif ») :

☐ Oui ☐ Non

Dans tous les autres cas, l'analyse (31,59€) reste à la charge du patient

Je reconnais, Mme / Mr, avoir été informé(e) que ce montant ne pourra pas être pris en charge par la sécurité sociale et m'engage à le régler au laboratoire.

Signature :