

**FEUILLE DE DEMANDE D'EXAMEN DE
PCR COVID-19**

MU-ADP-DEN073-07 applicable le 01 février 2023

Prélèvement réalisé le: / / à h par

PATIENT(E)

Numéro de sécurité sociale :

Adresse de la caisse :

Nom:

Prénom:

Nom de naissance:

Date de naissance:

Adresse :

CP: Ville:

Pays (adresse courante):

Numéro de téléphone (obligatoire) :

Adresse email (obligatoire) :

**Accord du patient transmission données pour
plateforme SI-DEP** Oui Non**LIEU DE RESIDENCE**

- Hébergement individuel
- Hospitalisé
- Résident EHPAD (Nom):
- Milieu carcéral
- Autre structure d'hébergement collectif
(Nom):
- Ne sait pas

VOYAGE

- Voyage à l'étranger de moins de 15 jours :
- Non
 - Oui Nom du pays :
 - Ne sait pas

NATURE DU PRÉLÈVEMENT

- Ecouvillonnage naso-pharyngé dans milieu SVT
(Tube rouge/blanc) ou Tube Lyse
- Echantillon salivaire
- Aspiration bronchique
- Autre prélèvement respiratoire (préciser):
.....

APPARITION DES PREMIERS SYMPTOMES

- Asymptomatique (y compris cas contact,
dépistage systématique ...)
- Symptômes apparus le jour ou la veille du
prélèvement
- Symptômes apparus 2, 3 ou 4 jours avant le
prélèvement
- Symptômes apparus 5, 6 ou 7 jours avant le
prélèvement
- Symptômes apparus entre 8 et 14 jours avant le
prélèvement
- Symptômes apparus entre 15 et 28 jours avant
le prélèvement
- Symptômes apparus plus 4 semaines avant le
prélèvement
- Ne sait pas

**LE PATIENT EST UN PROFESSIONNEL DE
SANTE OU MEDICO SOCIAL**

- Oui
- Non
- Ne sait pas

Pour toutes questions particulières,
nos biologistes sont à votre écoute: www.unilabs.fr