




Unilabs | Interlabo

Bon de demande d'examen PCR respiratoire (SARS-CoV-2 / grippe / VRS)

Pour une prise en charge facilitée de votre prélèvement, merci de compléter lisiblement ce formulaire.

Cocher l'examen à réaliser : PCR SARS-CoV-2 PCR grippe A/B PCR SARS-CoV-2 + grippe A/B PCR SARS-CoV-2 + grippe A/B + VRS

Renseignements administratifs

- **Nom** : ► **Prénom** : ► **Sexe** : M F
- **Nom de Naissance** : ► **Date De Naissance** : / /
- **N° de Tél** : / / / /
- **Adresse** :
- **Médecin traitant** : Dr
- **Transmission des résultats** :
- Mail → Adresse mail (le Patient autorise la transmission des résultats sur le serveur) :
- Laboratoire Pharmacie, laquelle : Domicile
- **N° Sécurité Sociale** : **Caisse** : **Centre** :
- **Nom de la Mutuelle** : **N° AMC / télétrans** :
- Numéro d'adhérent** : **Fin de droit** :

Renseignements cliniques et thérapeutiques

- **A compléter pour PCR SARS-CoV-2 :**
- ✓ Professionnel de santé : Oui Non
- ✓ Vaccination : certificat de vaccination (schéma complet) : Oui Non
contre-indication à la vaccination : Oui Non
- ✓ Certificat de rétablissement de moins de 6 mois : Oui Non
- ✓ Justificatif de cas contact (mail ou sms envoyé par l'Assurance Maladie) : Date / / Foyer Hors foyer
- ✓ Test antigénique ou autotest : Non Oui – Date / / – Résultat (*entourer*) : négatif positif
- **A compléter pour PCR GRIPPE A / GRIPPE B :**
- ✓ Vaccination contre la grippe saisonnière : Oui NON
- **A Compléter pour PCR SARS-CoV-2 et/ou GRIPPE A/B et/ou VRS - contexte / symptômes :**
- Avant voyage Retour voyage – Pays : Date de retour : / /
- Bilan préopératoire.
- Fièvres (>38°C).
- Céphalées.
- Fatigue intense.
- Toux
- Difficultés respiratoires.
- Perte odorat / goût.
- Nez qui coule.
- Troubles digestifs.
- Douleurs musculaires / articulaires.
- Date de début des symptômes :**
- Asymptomatique.
- Hier ou aujourd'hui.
- 2, 3 ou 4 jours avant le prélèvement.
- 5, 6 ou 7 jours avant le prélèvement.
- Entre 8 et 15 jours avant le prélèvement.
- Plus de 2 semaines avant le prélèvement.
- Ne sait pas.

Cadre réservé au préleveur

- **Date du prélèvement** : / / ► **Heure du prélèvement** : H ► **Nom du préleveur** :
- **Pour PCR SARS-CoV-2 seul** : Prélèvement nasopharyngé. Prélèvement oropharyngé.
- **Pour PCR SARS-CoV-2 + Grippe A/B + VRS** : Prélèvement nasopharyngé.

Conserver le prélèvement au réfrigérateur (2-8°C) et acheminer le plus rapidement possible au laboratoire ou à la pharmacie.