

***Renseignements administratifs***

***Renseignements cliniques et thérapeutiques***

**Bon de demande d’examen PCR SARS-CoV-2 et/ou Grippe A/B**

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 SARS-CoV-2 + grippe A/B

 ► **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 :** ……….…………….……………………………………………..………….

***Cadre réservé au préleveur***

► **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 et B - contexte / symptômes :**

 🞎 Avant voyage 🞎 Retour voyage – Pays : ……………………………………. Date de retour : ....… / …..… / ..….

 🞎 Bilan préopératoire.

 🞎 Fièvres (>38°C). **Date de début des symptômes** :

 🞎 Céphalées. 🞎 Asymptomatique.

 🞎 Fatigue intense. 🞎 Hier ou aujourd’hui.

 🞎 Toux 🞎 2, 3 ou 4 jours avant le prélèvement.

 🞎 Difficultés respiratoires. 🞎 5, 6 ou 7 jours avant le prélèvement.

 🞎 Perte odorat / goût. 🞎 Entre 8 et 15 jours avant le prélèvement.

 🞎 Nez qui coule. 🞎 Plus de 2 semaines avant le prélèvement.

 🞎 Troubles digestifs. 🞎 Ne sait pas.

 🞎 Douleurs musculaires / articulaires.

► **Date du prélèvement** : ..… / …..… / ..…. ► **Heure du prélèvement :** ……....… H …….…. ► **Nom du préleveur** : ………………………………….

► **Pour PCR SARS-CoV-2 :** 🞎 Prélèvement nasopharyngé. 🞎 Prélèvement oropharyngé. 🞎 Prélèvement salivaire.

► **Pour PCR SARS-CoV-2 + Grippe A / Grippe B :** 🞎 Prélèvement nasopharyngé.

**CONSERVER VOTRE PRELEVEMENT au réfrigérateur (2-8°C) et acheminer le plus rapidement possible au laboratoire ou à la pharmacie.**

***Renseignements cliniques et thérapeutiques***

***Cadre réservé aux IDEL, Pharmacies, Etablissements de soins***

 ► **Heure de percutage des urines :** ……………H ……………

 ► **VISA**: ………………………………….

***Cadre réservé aux IDEL, Pharmacies, Etablissements de soins***

 ► **Heure de percutage des urines :** ……………H ……………

 ► **VISA**: ………………………………….

***Cadre réservé aux IDEL, Pharmacies, Etablissements de soins***