

FICHE DE DEMANDE D'EXAMEN CORONAVIRUS (SARS-CoV-2), COVID-19

 Prélèvement réalisé le : à : h min

Par :

 PATIENT SYMPTOMATIQUE **OU** PATIENT ASYMPTOMATIQUE **OU** PATIENT CONTACT

 TEST PCR **OU** TEST SEROLOGIQUE

 PRELEVEMENT NASOPHARYNGE PRELEVEMENT SALIVAIRE SANG AUTRE

Les données vous concernant collectées dans le cadre de cet examen, en lien avec l'épidémie du Covid-19, sont enregistrées dans le SI-DEP (art. 11 de la loi du 11/05/2020). Ce traitement d'intérêt public a pour finalité de centraliser les résultats des examens de dépistage Covid-19 et leur utilisation à des fins d'enquête sanitaire, de surveillance épidémiologique et de recherche. Si le résultat est positif, SI-DEP vous transmettra des informations complémentaires sur la conduite à tenir. En acceptant la prise en charge de votre prélèvement par le Laboratoire, vous autorisez la transmission du résultat de ce test au SI-DEP. Pour exercer vos droits (accès, rectification, opposition), veuillez contacter le Laboratoire.

 Je n'autorise pas Synlab Oxabio à communiquer mes données personnelles au SI-DEP lors d'un test de dépistage du COVID-19

PATIENT(E)

 SEXE : M F

Nom* :

Nom de naissance* :

Prénom* :

Date de naissance* :

Adresse* :

 CP* : Ville* :

Num de tel* :

Adresse mail :

N° sécurité sociale* :

Nom et prénom de l'assuré :

Caisse* :

Médecin prescripteur* :

Séjour dans un pays (lequel :)

(dans les 15 jours précédant le prélèvement) /

Contact avec une personne y ayant séjourné :

 Oui Non

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

 Date de début des symptômes* :

Préciser :

ETABLISSEMENT

Dénomination

 Résident Salarié

LIEN AVEC UN CAS CONFIRMÉ (cas contact)

Si oui, nature du lien avec le cas confirmé :

 Conjoint

 Enfant

 Autre personne vivant sous le même toit

 Voisins, collègues de travail

 Co-voyageur, même groupe de voyage

 Autre (préciser) :

PROFESSIONNEL DE SANTÉ * Oui Non

Si oui préciser :

CONDITION DE REMBOURSEMENT

 Schéma vaccinal complet

 Mineurs

 Prescription de moins de 48h

 Cas contact notifié par l'assurance maladie uniquement

 Confirmation test antigénique positif

 Certificat de contre indication à la vaccination validé par la CPAM

 Test positif de plus de 11j

PRIX A PAYER AU LABORATOIRE EN CAS DE NON REMBOURSEMENT (chèque, paiement en ligne)

 34 € pour un test PCR (le prélèvement est facturé directement par l'infirmier(e) libéral(e))

Je soussigné

 avoir vérifié les informations ci-dessus

 avoir transmis la somme en cas de non remboursement

Signature

* : renseignement impératif pour la prise en charge par l'Assurance Maladie par PCR



**BIEN DÉCHARGER L'ÉCOUVILLON DANS LE TUBE
JETER ENSUITE L'ÉCOUVILLON EN DASRI**

