LE LABO

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES

Ce document fait office de fiche de consentement pour un examen demandé sans ordonnance

❑ **DIAGNOSTIC COVID-19** ❑ **SUIVI COVID+** ❑ **Sérologie COVID-19** ❑ **Grippe**

NATURE DU PRÉLÈVEMENT

❑ Naso-pharyngé

❑ Autre (préciser) :.....

PRELEVEMENT

par :.....

Date : ..... Heure : .....

(Si non fait le jour de l'enregistrement du dossier)

PATIENT(E) (Merci d'écrire lisiblement en LETTRES CAPITALES)

N°Sécurité sociale *(avec la clé)* :

NOM :

NOM DE NAISSANCE:

PRENOM :

Date de naissance (JJ/MM/AAAA):

Adresse:

CP: Ville:

Téléphone :

EMAIL :

CONTEXTE

Professionnel de santé (y compris pers. administratif)

❑ Oui

Vaccination COVID ? ❑ Oui

Date(s) :

Uniquement si recherche de grippe :

Vaccination Grippe ? ❑ Oui Date ?

Pourquoi faites-vous le test PCR COVID ou la recherche d'antigène grippaux ?

Cocher et remplir l'item concerné

❑ J'ai des **SYMPTOMES** ! **Depuis combien de jours** sont apparus les 1ers symptômes : .....

❑ Je suis **CAS CONTAT** Combien de jours depuis le contact avec la personne contaminée ? .....

❑ Bilan **PRE-OPERATOIRE** **Date de l'intervention** : .....

❑ Je suis **immunodéprimé(e)** quelle pathologie/quel traitement ? .....

❑ Je reviens de l'étranger (depuis moins de 14 jours) quel pays ? .....

date du retour :.....

❑ Je vais **VOYAGER** Destination , date de départ, heure d'embarquement : .....

Numéro de passeport si besoin :

.....

❑ J'ai besoin de mes **résultats** en **Anglais**

❑ Je le fais pour **Information / Prévention**

❑ En cochant cette case, je donne mon consentement pour l'envoi de mes résultats sur la plateforme Sidep (nécessaire pour générer un justificatif d'absence de contamination ou un certificat de rétablissement)

Signature du patient :

Le laboratoire met tout en œuvre pour rendre les résultats en moins de 24h

Dans de très rares cas (problèmes informatiques ou liés au prélèvement) le délai peut être retardé