



LBM BIONYVAL

**Formulaire de renseignements pour la réalisation d'un examen virologique ou sérologique
COVID 19 en LBM
DX-PREAN-MU0-002-v03**

**.Les champs munis d'une * sont
obligatoires**

Cadre réservé au préleveur externe (IDE, établissement...) :

ID préleveur :

Date/heure du pvt : àh.....

Mes informations d'identité et mes coordonnées de contact:

Nom de naissance* : (jeune fille) :

Nom d'usage : (marital) :

1er prénom* :

Date de naissance* : Jour (2 chiffres) - Mois (2 chiffres) - Année..... (4 chiffres)

Sexe* : Femme Homme

Je suis professionnel intervenant dans le système de santé : Oui Non

Numéro de sécurité sociale : (15 chiffres) :

N° téléphone mobile : N° téléphone fixe :

Courriel :

La mention de votre téléphone mobile et de votre courriel est essentielle pour permettre de vous contacter rapidement en cas de test positif et assurer un envoi rapide des résultats.

La ou les raisons pour laquelle je me fais dépister*:

Je dispose d'une prescription médicale pour réaliser un test RT-PCR

J'ai des symptômes (perte de l'odorat, perte du goût, fièvre, toux, ...) et ils sont apparus :

Moins de 24h avant le prélèvement

Entre 8 et 14 jours avant le prélèvement

2, 3 ou 4 jours avant le prélèvement

Entre 15 et 28 jours avant le prélèvement

5, 6 ou 7 jours avant le prélèvement

Plus de quatre semaines avant le prélèvement

J'ai été appelé par un enquêteur sanitaire

J'ai reçu une notification de StopCovid

Je suis un professionnel intervenant dans le système de santé

J'ai reçu un bon pour me faire dépister

J'ai fréquenté un endroit ou une personne à risque (rassemblement collectif, etc.)

Je dois bientôt rentrer à l'hôpital, en EHPAD ou en établissement social

Je prends prochainement un transport pour lequel un test est exigé

Je souhaite me faire dépister de ma propre initiative

Les informations concernant mon hébergement:

Dans un hébergement individuel privé A l'hôpital En EHPAD

En milieu carcéral Dans une autre structure d'hébergement collectif (casernes, foyer, ...)

Je ne sais pas ou je ne souhaite pas répondre

Mon adresse de résidence principale* :

Numéro – Voie :

Complément

Code postal Commune.....

Pays

Si je réside actuellement dans un autre département que celui de ma résidence principale (ou que je le prévois dans les 7 prochains jours) : Code postal du lieu de résidence temporaire :

Pour la transmission de vos résultats à votre médecin traitant :

Prénom et nom de votre médecin traitant (si existant) :

Si je reviens d'un voyage dans un pays étranger dans les 14 derniers jours:

Pays de départ * :

Avez-vous des remarques particulières à porter à la connaissance du laboratoire ?

.....
.....