

Biologistes co-responsables

Dr Jean-Marc FERYN • Dr Philippe HALFON

Siège social du LBM : 23 rue de Friedland - 13006 Marseille

Siret : 378 711 972 00026

[www.alphabio.fr](http://www.alphabio.fr)

Numéro d'autorisation : 130042252

**BON DE DEMANDE SARS CoV 2 (À joindre à la prescription)**

**PATIENT**  Femme  Homme **N° Sécurité Sociale :** .....

Nom d'usage \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nom de naissance \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

CP / Ville \_\_\_\_\_

**Téléphone** \_\_\_\_\_

**E-mail** \_\_\_\_\_

**Profession**  Personnel soignant  Personnel d'établissement d'hébergement collectif \*

Autre : \_\_\_\_\_

*Type d'habitation :*

Hébergement individuel

Hospitalisé

Résident en EHPAD

En milieu carcéral

Autre structure d'hébergement collectif

**MEDECIN** à contacter

**Cas Contact envoyé par l'Assurance Maladie**

Nom prénom \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_

Adresse du cabinet \_\_\_\_\_

**CLINIQUES (renseignements obligatoires)**

**SYMPTOMES**  Aucun (Asymptomatique)  Symptomatique

**Date d'apparition des symptômes :**

- Le jour ou la veille du prélèvement
- 2, 3 ou 4 jours avant le prélèvement
- 5, 6 ou 7 jours avant le prélèvement
- Entre 8 et 14 jours avant le prélèvement
- Entre 15 et 28 jours avant le prélèvement
- Plus de 4 semaines avant le prélèvement

**Signes évocateurs :**

- Fièvre  Toux  Rhinorrhée  Céphalée
- Syndrome de détresse respiratoire aiguë
- Diarrhée  Douleurs abdominales
- Perte de goût  Perte de l'odorat
- Autre : .....

**CONTEXTE**

- Vaccination contre la grippe
- Maladie Chronique : .....

Départ dans les 7 jours : (lieu) .....

Retour de voyage < 14 jours : (lieu) .....

Contact < 14 jours avec une personne en provenance de :

- Afrique du sud  Royaume-Uni  Nigéria

**Antécédent de dépistage par PCR :**  Non  Oui *Si oui*, Date : ..... Résultat :  Négatif  Positif

**PRELEVEMENT (renseignement obligatoire)**

(RT-PCR / Ag)  Nasopharyngé  Expectoration  Aspiration bronchique  LBA

(Sérologie)  Prélèvement sanguin sur tube sec (ou SST)

Date ..... Heure ..... Préleveur .....