BON DE DEMANDE COVID-19 –SARS-CoV-2

(à joindre à la prescription)

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom : .....

Nom de naissance : .....

Prénom : .....

Genre : ☐ Féminin ☐ Masculin

Date de naissance : |_|_| |_|_| |_|_|_|_| (JJ MM AAAA)

N° de téléphone : .....

N° Sécurité Sociale : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse mail : .....

Type de résidence : ☐ Individuelle (maison, appartement) ☐ Hospitalisé

☐ Autre Collectivité : (préciser) .....
ex. : EHPAD, Milieu carcéral, Caserne, Résidence étudiante…

Adresse : .....
(Lieu de résidence actuelle)

.....

Code postal : |_|_|_|_|_|

Ville : .....

☐ Je suis un professionnel intervenant dans le système de santé

LA OU LES RAISONS DE ME FAIRE DEPISTER

☐ Je dispose d'une prescription médicale pour réaliser un test de dépistage de la COVID-19 de moins de 48h ou préopératoire (**à fournir**)

☐ J'ai un schéma vaccinal complet (à présenter)

☐ J'ai un certificat de contre-indication vaccinal (**à fournir**)

☐ J'ai un certificat de rétablissement Covid : (PCR positive de plus de 72h et de moins de 6 mois) (à présenter)

☐ J'ai un test antigénique positif de moins de 48 heures (**à fournir**)

Je suis cas contact déclaré : ☐ Notification TousantiCOVID ou message de la CNAM (à présenter) ☐ lettre de l'éducation nationale (**à fournir)**

☐ Je suis mineur(e) (lycéen jusqu'à 18 ans inclus) (présenter justificatif)

☐ Je suis dépisté(e) dans le cadre d'un dépistage collectif mandaté par l'ARS

☐ Je ne suis dans aucun cas ci-dessus. Je souhaite me faire dépister de ma propre initiative : **je règlerai donc l'analyse.**

☐ **Je suis vacciné(e) contre la COVID-19** Nombre d'injection(s) : ..... Date de la dernière injection : ..... / ..... / .....

☐ **Je suis vacciné(e) contre la grippe**

☐ Je n'ai pas de symptômes

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

Nature des symptômes : ☐ Fièvre ☐ Toux ☐ Perte de goût/odorat ☐ Céphalée ☐ Syndrome de détresse respiratoire aigüe ☐ Douleurs abdominales/Diarrhée ☐ Autre

☐ Moins de 24h avant le 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

Pour la transmission de vos résultats à votre médecin traitant :

Prénom et nom de votre médecin : .....

Code postal de votre médecin : |_|_|_|_|_|

Si je reviens ou pars dans un pays étranger :

Je reviens de : (pays).....

Je pars vers : (pays) .....

PRELEVEMENT

Date : |_|_| |_|_| |_|_|_|_| Heure : ..... Identification du préleveur : .....

Nature : ☐ Nasopharyngé ☐ Oropharyngé ☐ Salivaire ☐ Test Antigénique (nasopharyngé)
☐ Expectoration ☐ Aspiration bonchique ☐ LBA ☐ Autre :
☐ Prélèvement sanguin sur tube sec ou SST (Sérologie)

Un système d'information national de suivi du dépistage Covid-19 (SI-DEP), placé sous la responsabilité de la direction générale de la santé du ministère chargé de la santé, a pour finalité de centraliser les données et les résultats de toutes les personnes ayant fait l'objet d'un examen de dépistage du Covid-19. Pour obtenir l'ensemble des informations sur ce dispositif, nous vous invitons à consulter le site du ministère de la santé : https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/article/donnees-personnelles-et-cookies.