

Formulaire de demande de Test COVID

prélèvement externe

- Recherche de SARS-Cov par PCR
 Sérologie

PATIENT

Nom : Sexe : M F

Prénom : Nom de naissance :

Date de naissance :/...../.....

Adresse :

Adresse E-mail : Téléphone :

Numéro de sécurité sociale :

Médecin traitant :

Professionnel de santé ? Oui Non Non communiqué

Lieu de résidence :

- Hébergement individuel
 Hospitalisé Résidence EHPAD Milieu carcéral Autre hébergement collectif
 Non communiqué

CONTEXTE PERMETTANT LA PRISE EN CHARGE DU TEST PCR*

- Mineur âgé de moins de 18 ans : date de naissance sur pièce d'identité **vérifiée**
- Personne symptomatique : ordonnance < 48h (renouvelable non valide) **à fournir**
- Personne avec intervention planifiée : ordonnance mentionnant l'intervention et le délai de réalisation du test **à fournir**
- Personne ayant une contre- indication vaccinale : certificat (cerfa) **à fournir**
- Personne Vaccinée : certificat de vaccination complet (papier ou application tousanticovid) **vérifié**
- Personne ayant un certificat de rétablissement : Résultat de test positif de plus de 72h et de moins de 6 mois **vérifié**
- Personne « cas contact » notifié par la CPAM : SMS ou mail de l'assurance maladie **vérifié**
- Elève cas contact de plus de 18 ans : courrier de l'éducation nationale **à fournir**
- Personne ayant un TAG positif de moins de 48h : résultat du TAG positif < 48h **à fournir**

PRELEVEMENT

Identité du préleveur :

Date et heure du prélèvement :

***SI AUCUNE DE CES CONDITIONS N'EST REMPLIE, le test PCR n'est pas pris en charge. REGLEMENT A JOINDRE OBLIGATOIREMENT AU PRELEVEMENT (montant 34.29 € ou contacter le laboratoire)**