

Laboratoire de Biologie Médicale ORN.BIOMEDICAL

55, rue du Champ de Foire
5, rue Saint-Martin

61100 FLERS
14110 CONDE/NOIREAU

☎ 02.33.65.07.56
☎ 02.31.69.02.36

IDENTIFICATION DU PATIENT

NOM ET PRENOM : _____ Sexe : M F
Adresse : _____
NOM DE NAISSANCE : _____
DATE DE NAISSANCE : ____ / ____ / ____
N° SECURITE SOCIALE : _____
Caisse primaire : _____
TELEPHONE PORTABLE : _____ (indispensable pour résultat sur internet)
TELEPHONE FIXE : _____ **MAIL** : _____
MEDECIN TRAITANT : _____ **MEDECIN PRESCRIPTEUR** : _____

CONTEXTE DE LA DEMANDE D'EXAMEN (à renseigner impérativement, cocher ou entourer)

Symptômes en cours ?

NON OUI, préciser : _____
Si OUI → Début des symptômes : jour même 2 à 4 jours 5 à 7 jours 8 à 15 jours > 15 jours Ne sait pas

Contexte de la demande

Cas contact NON
 OUI Préciser si retour de voyage (Pays de provenance du contact) _____
Préciser la nature du lien (Famille, collègue...) _____
 Pré-op Examen médical Stage Embauche Autres _____

Professionnel de santé ou médico social ?

NON OUI, préciser: _____

Vaccination contre la Covid-19 ?

NON OUI Date : _____

Lieu de résidence

Hébergement individuel Hospitalisation Résident en EHPAD En milieu carcéral
 Autre structure d'hébergement collectif Ne sait pas

Voyage à l'étranger dans les 14 derniers jours OUI NON

Si oui : Pays de provenance : _____

RENDU DES RESULTATS

à expédier sur internet (n° de portable impératif) au labo → définir un mot de passe _____

PRELEVEMENT

Identification du préleveur ou de l'établissement de soins :

Prélèvement NASOPHARYNGE effectué le _____ à _____ h _____

RECEPTION AU LABORATOIRE (réservé au laboratoire)

Conformité des échantillons à la réception :
 oui
 non = → cf non-conformité

Initiales du vérificateur
(ordo-enregistrement) :