

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 : _____

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

Symptomes en cours ?

NON OUI, préciser : _____

Si OUI → Début des symptômes depuis : jour même 2 à 4 jours 5 à 7 jours 8 à 15 jours >15 jours

Contact avec un cas confirmé ?

NON OUI, préciser la nature du lien (famille, collègue, voisin,...) : _____

Professionnel de santé ?

NON OUI, préciser: _____

Vaccination contre la grippe saisonnière année 2019-2020 ?

NON OUI

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 effectué le _____ à _____ h _____

Ecouvillonnage nasopharyngé

Sur milieu : Eswab M4RT VTM Sérum physiologique autres : _____

RECEPTION AU LABORATOIRE (réservé au laboratoire)

Conformité des échantillons à la réception :

oui

non = → cf non-conformité

Initiales du vérificateur (ordo-enregistrement) :