

PATIENT

NOM :.....
Nom de Naissance :.....
Prénom :.....
Date de Naissance :...../...../.....
Adresse :.....
Code Postal :.....
Ville :.....
N° de Mobile :.....

Etiquette dossier Hexalis

Renseignements cliniques obligatoires pour le remboursement de l'examen par l'Assurance Maladie

Professionnels soignants ou personnels d'hébergement collectifs : Oui Non

Présence de symptômes évocateurs Covid-19 : Oui Non

Type de symptôme :

Date d'apparition des symptômes :/...../.....

Une PCR naso ou oro-pharyngée a-t-elle été réalisée : Oui Non

Si oui : date de réalisation :/...../.....

Résultat : Positive Négative

INFORMATION PATIENT A LIRE ET COMPLETER

La sérologie Covid-19 est un examen remboursé par la Sécurité Sociale sous certaines conditions. Si ma situation ne remplit pas ces conditions, je donne mon accord et m'engage à régler l'examen au laboratoire BIOEXCEL au tarif de **25 euros**.

Oui **Non**

Fait à, le/...../.....

Signature du patient :

