

Nom :

Prénom :

Sexe M F DDN :

N°Sécu :

Adresse :

N° de portable :

Nom du médecin traitant :

Prélèvement NASOPHARYNGE SALIVAIRE

Professionnel de santé : non oui

Apparition des symptômes :

Pas de symptôme

J-0 ou J-1 J-2 à J-4 J-5 à J-7 J-8 à J-14 J-15 à J-28 + de 4 semaines

Lieux de résidence :

Collectif (EHPAD, foyer...)

Dépistage ECOLE

Individuel (maison, appartement)

Hospitalisé (hôpital, clinique)

Voyage dans un pays étranger lors des 7 derniers jours :

Non Oui - lequel ? :

COCHER le Cas Dérogatoire éventuel de prise en charge du test

Le préleveur s'engage à vérifier la véracité de la dérogation (arrêté du 15.10.21)

Contexte dérogatoire	Cocher Le cas concerné	Éléments vérifiés par le préleveur	Pièce justificative à transmettre
Patient mineur		Date de naissance	
Prescription médicale de - 48h		Date et nom de l'ordo	Ordonnance
Test PRE OPERATOIRE sur ordonnance		Ordonnance avec date intervention <72h	Ordonnance
Patient vacciné - schéma complet		Certificat de vaccination papier ou QR Code	
Certificat de rétablissement		Résultat COVID + de > 72h et < 6mois	
Cas contact identifié par Assurance maladie		SMS de l'A.M ou vérification sur Contact Covid19 à partir du NIR	
Confirmation d'un Test Antigénique +		Résultat du T.A.G Positif datant de moins de 48h	CR du TAG
Contre-indication à la vaccination		Certificat de contre-indication	Certificat

Hors de ces indications ou sans pièce justificative, le test est facturé 44€

PRELEVEUR :

Date + heure :