



LBM Medilys

Fiche Instruction - Protocole
du Prélèvement COVID-19
(SARS-2)

Ref : C2:MU-FT-AB/C/D/E/F/G-3-

006 / 05

Version : 05

Applicable le : 07-01-2021



FORMULAIRE DE RENSEIGNEMENTS POUR LA RÉALISATION DE LA RECHERCHE DE COVID-19 par RT-PCR

PATIENT :

Nom : _____

Prénom : _____

Né(e) le : ____ / ____ / ____

Sexe : F M

Adresse : _____

Tel (obligatoire) : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Adresse mail : _____

N° de Sécurité Sociale : _____

Pour la transmission de vos résultats à votre médecin traitant :

Prénom et nom de votre médecin traitant (si existant) : _____

PRÉLÈVEMENT :

Identité du/de la préleveur/préleveuse : _____

Date du prélèvement : _____

Heure du prélèvement : _____

LA OU LES RAISONS POUR LAQUELLE JE ME FAIS DÉPISTER :

- Je dispose d'une prescription médicale pour réaliser un test RT-PCR
- J'ai des symptômes (perte de l'odorat, perte du goût, fièvre, toux, ...) et ils sont apparus :
 - Moins de 24h avant le prélèvement Entre 8 et 14 jours avant le prélèvement
 - 2, 3 ou 4 jours avant le prélèvement Entre 15 et 28 jours avant le prélèvement
 - 5, 6 ou 7 jours avant le prélèvement Plus de quatre semaines avant le prélèvement
- J'ai été appelé par un enquêteur sanitaire
- Je suis un professionnel intervenant dans le système de santé
- J'ai reçu un bon pour me faire dépister
- J'ai fréquenté un endroit ou une personne à risque (rassemblement collectif, etc.)
- Je dois bientôt rentrer à l'hôpital, en EHPAD, ou en établissement social
- Je prends prochainement un transport pour lequel un test est exigé
- Je souhaite me faire dépister de ma propre initiative
- J'ai séjourné au Royaume Uni dans les 14 j précédents ou cas contact d'une personne ayant séjourné au Royaume Uni, Afrique du Sud, autres pays :

LES INFORMATIONS CONCERNANT MON HÉBERGEMENT :

- Dans un hébergement individuel privé A l'hôpital En EHPAD
- En milieu carcéral Dans une autre structure d'hébergement collectif (caserne, foyer...)
- Je ne sais pas / Je ne souhaite pas répondre