

COVID 19 RT-PCR ou Sérologie
C2ENRCOV19

- Prélèvement naso-pharyngé RT-PCR** : Ecouvillon + milieu, conservation à T° réfrigérée.
- Prélèvement salivaire RT-PCR** (uniquement sur indication **médicale** ou **demande ARS**): 1 à 2 ml de salive dans un flacon sec stérile, conservation à T° ambiante le recueil doit être réalisé plus de 30mn après la dernière prise de boisson, aliment, cigarette, e-cigarette, d'un brossage de dents ou rinçage bucco-dentaire, sans effort de toux, ni raclement de gorge.
- Faire parvenir l'échantillon au laboratoire rapidement le résultat devant être rendu dans les 12 heures
- Sérologie : prélèvement sanguin** un tube **SEC (rouge)** de préférence sans gel conservation à T° ambiante
Sérologie remboursée si ordonnance et au moins un signe clinique apparu depuis plus de 14 jours, le patient ne doit pas avoir été testé positif en RT-PCR.

RENSEIGNEMENTS à compléter impérativement (transmission SIDEP obligatoire)

Date du prélèvement:/...../..... Heure du prélèvement :..... Préleveur :.....

Nom d'usage:..... Prénom :.....

Nom de naissance:..... Date de naissance :/...../..... Sexe : M F

Adresse :.....

Code postal :..... Ville :.....

email :..... N° de téléphone :.....

N° sécurité sociale: _ _ _ _ _

Nom Prénom et date de naissance de l'assuré(e):.....

Caisse: CPAM / MSA / MGEN ou autre..... Département :.....

Médecin traitant : Dr..... Ville :.....

Lieu d'hébergement : Individuel privé Hospitalisé EHPAD Autre hébergement collectif

Patient « contact » Oui Non Professionnel dans le système de santé Oui Non

Asymptomatique (*Aucun symptôme*)

Symptomatique

Perte de goût (agueusie) ou d'odorat (anosmie)

Maux de tête

Frisson et /ou Fièvre > 38°C

Douleurs musculaires- Courbatures

Toux

Difficulté à respirer

Fatigue

Douleur abdominale et/ou diarrhée

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

Symptômes apparus le jour ou la veille du test

Symptômes apparus entre 8 et 14 jours avant

Symptômes apparus 2, 3 ou 4 jours avant

Symptômes apparus entre 15 et 28 jours avant

Symptômes apparus 5, 6 ou 7 jours avant

Symptômes apparus plus de 4 semaines

Avez-vous séjourné à l'étranger dans les 14 jours précédant ce test ou l'apparition des symptômes ? **OUI NON**

Si oui lequel :.....

Avez-vous eu un contact à risque avec une personne ayant séjourné à l'étranger ? **OUI NON**

Si oui, pays de provenance :.....

Avez-vous été vacciné COVID ? **OUI NON** Date 1^{ère} dose :...../...../..... Date 2^e dose :...../...../.....

S'agit-il d'un contrôle d'un test antigénique ? OUI NON ou d'un autotest ? OUI NON