

**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 :.....

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

N° sécurité sociale: \_ \_ \_ \_ \_

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

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

Pour une prise en charge par l'assurance maladie, une des conditions ci-dessous doit être remplie et vérifiée par le laboratoire ou le préleveur :

- Patient mineur  Ordonnance < 48h ou date intervention (*à fournir*)
- Vaccination Covid (*schéma vaccinal complet*) ou  Certificat de contre indication (*à fournir*)
- Patient « contact »  Certificat de rétablissement < 6 mois
- Elève >18 ans « cas contact » (*à fournir*)  Contrôle suite test antigénique positif (*à fournir*)

Lieu d'hébergement  Individuel privé  Hospitalisé  EHPAD  Autre hébergement collectif

Professionnel dans le système de santé  Oui  Non

**Asymptomatique** (*Aucun symptôme*)

**Symptomatique**

- Perte de goût (agueusie) ou d'odorat (anosmie)  Maux de tête  Toux
- Frisson et /ou Fièvre > 38°C  Difficulté à respirer  Fatigue
- Douleurs musculaires- Courbatures  Douleur abdominale et/ou diarrhée

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

- le jour ou la veille du test  5, 6 ou 7 jours avant  entre 15 et 28 jours avant
- 2, 3 ou 4 jours avant  entre 8 et 14 jours avant  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 :.....