

Fiche de prélèvement COVID PCR

Cas justifiant la prise en charge à 100 %

Personne mineure

Personnes en ALD, maternité et invalidité

Personnes de 65 ans et plus

Professionnels de santé ou leurs employés, personnels d'un établissement de santé, d'un établissement ou service social ou médico-social (sur présentation d'un justificatif attestant de l'une de ces qualités à joindre à la facturation)

Autres cas

Joindre les informations Mutuelles

Patient sans assurance maladie française

Joindre impérativement le règlement de 34 euros
(pour l'acte de prélèvement le professionnel se fait régler directement par le patient)

Cadre à remplir SYSTEMATIQUEMENT de façon exhaustive

Prélèvement effectué le :/...../..... à h..... par :

Nature prélèvement Nasopharyngé Salivaire Aspiration bronchique LBA

Nom

Nom de jeune fille.....

Prénom :

Sexe : Féminin Masculin

Date de naissance :

Adresse de résidence :

.....

N° de téléphone :(portable du patient ou à défaut téléphone d'un proche)

E-mail du patient ou d'un proche :

Résidence : Hébergement individuel Résident en EHPAD
 Hospitalisé Autre structure d'hébergement collectif

Le patient est-il professionnel de santé : Oui Non

Asymptomatique Symptômes apparus entre 8 et 14 jours avant le pvt
 Symptômes apparus le jour ou la veille du pvt Symptômes apparus entre 15 et 28 jours avant le pvt
 Symptômes apparus 2, 3 ou 4 jours avant le pvt Symptômes apparus plus de 4 semaines avant le pvt
 Symptômes apparus 5, 6 ou 7 jours avant le pvt Ne sait pas

Cadre à remplir par les Infirmières libérales exclusivement

Numéro de sécurité social : _ _ _ _ _

Nom et localisation de la caisse d'assurance maladie :

Prélèvement à conserver à température ambiante et à transmettre au laboratoire dans la journée.