LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE
PLATEAU TECHNIQUE · Gare TGV Haute Picardie · 80200 ESTRÉES-DENIÉCOURT · Tél. : 03 22 85 79 79 · Fax : 03 22 84 22 80
343 boulevard de Beauvillé · 80000 AMIENS · Tél. : 03 22 66 24 24 · Fax : 03 22 44 12 63
53 rue de Noyon · 80400 HAM · Tél. : 03 23 81 28 18 · Fax : 03 23 81 24 48
26 bis rue Georges Clémenceau · 80200 PÉRONNE · Tél. : 03 22 84 28 34 · Fax : 03 22 84 48 20
LHP LABORATOIRE HAUTE PICARDIE

C2-ENR10 Version 4.0

FICHE DE SUIVI MÉDICAL | DOCUMENT CONFIDENTIEL

Certains renseignements concernant l'état pathologique ne peuvent figurer qu'avec l'accord du patient.

Luc GAMBET
DIRECTEUR

Stéphane COINTE
Christian DELAINE
Elisabeth LE FEVRE
Nathalie MACHU

Préleveur | Médecin prescripteur | Point de ramassage

Prélevé le / / à heures

Nature du prélèvement :

☐ Nasopharyngé

☐ Salive (**uniquement** si nasopharyngé non réalisable chez patient symptomatique ou contact et **uniquement** pour dépistage de masse (Ecole, EHPAD…) chez patient asymptomatique).

⚠ **Le prélèvement salivaire doit être réalisé plus de 30 minutes après la dernière prise de boisson, d'aliment, de chewing-gum, de cigarette / e-cigarette, d'un brossage des dents ou d'un rinçage bucco-dentaire.**

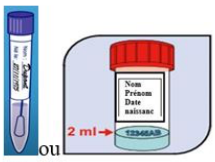
MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ
Liberté Égalité Fraternité

Formulaire de renseignements pour la réalisation d'un examen virologique ou sérologique concernant la COVID-19 en laboratoire de biologie médicale

Avant de réaliser mon examen dans un laboratoire de biologie médicale, je pense à :

- ✓ Me munir d'une pièce d'identité, de ma carte vitale ou de mon attestation de sécurité sociale.
- ✓ Me présenter au laboratoire de biologie médicale avec un masque et respecter les gestes barrières.
- ✓ Remplir ce formulaire de pré-enregistrement, permettant au laboratoire de gagner du temps et réduire les files d'attente. Je peux le remplir sur ordinateur puis l'imprimer, ou l'imprimer et le remplir à la main. Ce formulaire sera également disponible au laboratoire.

Emballage



ou

①-Identification du flacon et réalisation du prélèvement

②- Le flacon dans le sachet épais 95kPa avec buvard
- Fermeture du sachet

③-Le sachet épais 95kPa dans le sachet jaune COVID-19
-Identification au niveau du QR Code
-Fermeture du sachet
-Fiche de renseignements dans la poche extérieure (poche kangourou)

Transport

④-Apporter le prélèvement au laboratoire le jour même, avant midi.

Les champs munis d'une * sont obligatoires

Mes informations d'identité et mes coordonnées de contact :

Nom de naissance*: *(jeune fille)*

Nom d'usage : *(marital)*

Prénom*:

Date de naissance*: Jour *(2 chiffres)* **- Mois** *(2 chiffres)* **- Année** *(4 chiffres)*

Sexe*: ☐ **Femme** ☐ **Homme**

Je suis professionnel intervenant dans le système de santé: ☐ **Oui** ☐ **Non**

Numéro de sécurité sociale: *(15 chiffres)* **Caisse d'affiliation SS**

N° téléphone mobile: **N° téléphone fixe:**

Courriel: @ .

La mention de votre téléphone mobile et de votre courriel est essentielle pour permettre de vous contacter rapidement en cas de test positif et assurer un envoi rapide des résultats.

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 gout, fièvre, toux, ...) et ils sont apparus :
  - ☐ Moins de 24h avant le prélèvement
  - ☐ 2, 3 ou 4 jours avant le prélèvement
  - ☐ 5, 6 ou 7 jours avant le prélèvement
  - ☐ Entre 8 et 14 jours avant le prélèvement
  - ☐ Entre 15 et 28 jours avant le prélèvement
  - ☐ Plus de quatre semaines avant le prélèvement
- ☐ J'ai été appelé par un enquêteur sanitaire
- ☐ J'ai reçu une notification de TousAntiCovid
- ☐ 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

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 ou je ne souhaite pas répondre

Mon adresse de résidence principale* :

Numéro ____ - ____ Voie ____

Complément ____

Code postal ____ Commune ____

Pays ____

Si je réside actuellement dans un autre département que celui de ma résidence principale (ou que je le prévois dans les 7 prochains jours) : Code postal du lieu de résidence temporaire ____

Pour la transmission de vos résultats à votre médecin traitant :

Prénom et nom de votre médecin traitant *: ____

Si je reviens d'un voyage dans un pays étranger dans les 14 derniers jours ou contact à risque avec une personne y ayant séjourné :

Pays *: ____

Avez-vous des remarques particulières à porter à la connaissance du laboratoire ?

CADRE RÉSERVÉ AU LABORATOIRE

Réceptionné le : à : par :

Prélèvement : ☐ conforme ☐ non conforme Motif :

Sachet N° :