

Renseignements administratifs :

Mme M Nom :
 Nom de naissance :
 Prénom : Date de naissance :/...../.....
 N°tel : Mail : @.....
 Adresse :
 Numéro immatriculation véhicule :

 Centre sécurité sociale : N° sécurité sociale :
 N° AMC/PREF :

 Médecin traitant : N°tel :

*Etiquette d'identification
Réservé au laboratoire*

dossier complet = ordonnance + attestation sécurité sociale + formulaire de renseignements

Renseignements cliniques :

Motif du dépistage

- Prescription médicale
 Symptômes : Signes respiratoires Toux Perte du goût Perte de l'odorat
 Syndrome grippal Céphalées Conjonctivite Signes digestifs
 Autres signes cliniques :
 Les symptômes 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 4 semaines avant le prélèvement
 Dépistage sans signe clinique
 Professionnel santé Fonction / établissement / service :
 Diagnostic de guérison (déjà connu positif)
 Vous êtes envoyé par l'assurance maladie ou un agence de santé
 Dépistage en vue d'une hospitalisation / intervention chirurgicale
 Dépistage en vue d'un départ en voyage

Type de résidence

- logement individuel milieu carcéral EHPAD hospitalisé autre logement collectif Ne sais pas

Contexte autres infos :

Contexte particulier et pathologie chronique

.....

-----Zone réservée au laboratoire-----

Rendez-vous donné :

Date et heure du créneau de prélèvement : le à

- Prélèvement sanguin associé

Renseignements prélèvement :

Nature du prélèvement : 1 Ecouvillon naso-pharyngé Autre

Date et heure de recueil : le à Préleveur :

Pour plus de renseignements : <https://labosud-garonne.fr/>
 Centre prélèvement COVID 54 chemin de Ribaute, Quint-Fonsegrives
 05-61-34-72-70