



- **Préleveur\*** : Nom ..... Date..... Heure .....

Nom \* ..... Nom de naissance\*.....

Prénom .....

Date de naissance \* \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Sexe  F  M

Téléphone portable\* : .....

Mail \* : .....

Adresse postale\* : .....

N° SS\* : .....caisse : .....

Médecin traitant\* : .....

Etiquette labo

\* Toutes ces informations sont obligatoires pour la prise en charge de la demande.

- **Etes-vous un professionnel de Santé ?**  oui  non
- **Etes-vous un professionnel en contact avec du public ?**  oui  non
- **Présence d'un contact avec un patient COVID-19 confirmé ou suspecté :**  oui  non  
Si OUI depuis :
- **Réalisation d'un test PCR Covid 19**  oui  non
- **Présence de signes cliniques/symptômes :**

Asymptomatique Fièvre Signes respiratoires Bilan pré opératoire

Syndrome grippal Signes digestifs Dépistage

Conjonctivite Signes cutanés Fatigue, céphalées

Perte du gout  Perte de l'odorat Voyage pays :

Préciser si besoin :

.....

- **Date apparition des premiers signes cliniques/symptômes :** .....
- **Existence d'une maladie chronique connue :**  oui  non

Si oui, préciser :

Diabète Maladie cardiovasculaire (hypertension artérielle, maladie coronarienne)

Maladie respiratoire Immunodépression

Autres ..... (préciser) :

.....

- **Réception au laboratoire :**

Date et heure de réception ..... Visa .....

*(Pour les résultats par internet, un SMS est envoyé au patient avec son identifiant. Il peut alors se connecter sur mesanalyses.fr, son mot de passe étant sa date de naissance au format AAAAMMJJ).*