



Laboratoire MINE

Tél. Thiant : 03.27.24.66.66

Tél. Raismes : 03.27.36.90.31

Fiche de renseignements pour dépistage par PCR de la COVID-19

L'ensemble des informations sont à renseigner obligatoirement pour une prise en charge intégrale par la sécurité sociale.

Nom usuel	
Nom de naissance	
Prénom	
Date de naissance	
Sexe	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
Adresse Code postal - Ville	
N° tel portable	
Adresse mail	
N° sécurité sociale + clef	_ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _
Nom caisse Sécurité Sociales + Département	
Nom de votre Médecin traitant	
Type d'hébergement	<input type="checkbox"/> Hébergement collectif <input type="checkbox"/> Hébergement individuel <input type="checkbox"/> EHPAD
Motif de dépistage	<input type="checkbox"/> Symptômes depuis le :/...../..... <input type="checkbox"/> Pas de symptômes, raison du dépistage : <input type="checkbox"/> Cas contact <input type="checkbox"/> Hospitalisation <input type="checkbox"/> Autre :
Signes cliniques	<input type="checkbox"/> Fièvre ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) <input type="checkbox"/> Signes respiratoires (toux, essoufflement, etc.) <input type="checkbox"/> Perte de goût/odorat <input type="checkbox"/> Autre :
Voyage	<input type="checkbox"/> Séjour dans un pays étranger au cours des 14 jours précédant la date des symptômes – Pays : <input type="checkbox"/> Cas contact avec une personne ayant séjourné dans un pays étranger.
Professionnel de santé	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Transmission des résultats	<input type="checkbox"/> Par internet (<input type="checkbox"/> Au laboratoire <input type="checkbox"/> Postal)
Prélèvement	Identité du préleveur : Date de prélèvement :/...../..... Heure de prélèvement :H.....