



# 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
Prise en charge par l'Assurance maladie ? *	<input type="checkbox"/> OUI, <b>preuve vérifiée</b> : ..... <b>Si vacciné : Nom du vaccin</b> : ..... <b>Date de la vaccination</b> : ..... <input type="checkbox"/> NON (somme à régler : 9,77 + 34,29 = 44,06€)
Transmission des résultats	<input type="checkbox"/> <b>Par internet</b> ( <input type="checkbox"/> Au laboratoire <input type="checkbox"/> Postal )
Prélèvement	Identité du préleveur : ..... Date de prélèvement : ...../...../..... Heure de prélèvement : .....H.....

\* Voir au verso. Si la réponse est « NON », le patient devra régler le prélèvement (9,77€) et l'analyse (34,29€). Si la réponse est « OUI », l'ensemble de la prestation est pris en charge sans avance. Si une fausse information a été fournie, des démarches de recouvrement seront engagées.



## Laboratoire MINE

Tél. Thiant : 03.27.24.66.66

Tél. Raismes : 03.27.36.90.31

<b>Situation de prise en charge par la Sécurité Sociale</b>	<b>Preuve demandée par le laboratoire</b>
Personnes avec une vaccination complète	<b>QRcode du passe sanitaire</b> ou certificat papier de vaccination complète <i>(Une vérification systématique du pass sanitaire sera effectuée à la demande de la Sécurité Sociale)</i>
Personne muni d'une ordonnance datant de moins de 48 heures	<b>Ordonnance médicale</b> de moins de 48h OU mentionnant la date de l'intervention et le délai de réalisation du test
Les personnes mineures	<b>Pièce d'identité</b> en cas de doute
Personnes contact ayant reçu un SMS ou mail de l'assurance maladie	<b>SMS ou mail envoyé par l'Assurance Maladie</b>
Personne ayant une contre-indication médicale à la vaccination	<b>Certificat médical</b> établi sur le formulaire spécifique (Cerfa n° 16183*01) ou délivré par la Sécurité Sociale
Certificat de rétablissement	<b>QRcode du pass sanitaire</b> : test positif de plus de 72h et de moins de 6 mois
Personne majeure scolarisée	Certificat de scolarité
Confirmation d'un test rapide positif en pharmacie	Document de TAG + de moins de 48h (fourni par le pharmacien)