

Test du samedi 26 septembre 2020

Feuille de
demande d'examen
CORONAVIRUS
(SARS-CoV-2),
COVID-19



Prélèvement réalisé le : [] [] [] [] [] [] à : [] h [] min

PATIENT(E)

Nom :

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance : [] [] [] [] [] []

Adresse :

CP : [] [] [] [] [] [] Ville :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Date de début des symptômes : [] [] [] [] [] []

Fièvre ($\geq 38^{\circ}\text{C}$)

Céphalées

Fatigue intense

Toux

Signes d'infection respiratoire (préciser) :

Douleurs musculaires/articulaires

Autre (préciser) :

RETOUR DE ZONE D'EXPOSITION

Si oui préciser :

INDICATION DU TEST

Selon la définition de cas de Santé Publique France :

<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/articles/infection-au-nouveau-coronavirus-sars-cov-2-covid-19-france-et-monde>

NATURE DE PRÉLÈVEMENT

Ecouvillonnage naso-pharyngé dans milieu M4RT ou aspiration naso-pharyngée

Expectoration

LBA

Aspiration bronchique

Autre prélèvement respiratoire (préciser) :

LIEN AVEC UN CAS CONFIRMÉ

Si oui, nature du lien avec le cas confirmé

Conjoint

Enfant

Autre personne vivant sous le même toit

Personnel soignant non hospitalier

Voisins, collègues de travail

Co-voyageur, même groupe de voyage

Personnel en charge du ménage

Autre (préciser) :



Service de la Relation Client :

Tél. : +33 (0)1 34 40 20 20

Fax : +33 (0)1 34 40 21 29

Email : src@lab-cerba.com

LABORATOIRE

Ce test nécessite un matériel de prélèvement spécifique. **Nous mettons à disposition un kit de prélèvement dédié disponible sur votre site sécurisé mycerba.com. Pour plus d'informations, contactez-nous au : +33 (1) 34 40 20 20.**

www.lab-cerba.com

