PATIENT (données OBLIGATOIRES)

Nom : …… Sexe : ☐ F ☐ M

Nom de naissance : ……

Prénom : ……

Adresse : ……

Ville : …… CP : ……

Date de naissance : ……../……../…….. Tel : ……

Médecin traitant : ……

N° sécurité sociale : ……

Etiquette

Hébergement : ☐ Individuel ☐ EHPAD

Professionnel de santé : ☐ Oui ☐ Non

Motif du dépistage :

☐ Suspicion d'infection ☐ Pass sanitaire ☐ Hospitalisation

☐ Rendez-vous médical ☐ Autotest : ☐ négatif ☐positif ☐ Autres (personnel…)

☐ Contact ☐ Voyage

Renseignements cliniques :

☐ **Patient asymptomatique**
☐ **Patient symptomatique si oui date des premiers symptômes** : ……

COVID-19 Positif : ☐ **Oui** ☐ **Non** **Si oui, date : ……**
Vaccination COVID : ☐ **Oui** ☐ **Non**
Si oui, combien de dose(s) : ……

Prise en charge

Prescription médicale (non obligatoire) : ☐ **oui** ☐ **non**
Ticket modérateur (mutuelle obligatoire pour remboursement) : ☐ **oui** ☐ **non**

Indication de prise en charge à 100% (mettre une exonération 3 à l'enregistrement sur toutes les analyses)		
Mineurs (jusqu'à 18 ans)	Droits à jour + autorisation parentale	
Patient présentant une ALD	Droits à jour	
Patient âgée de plus de 65 ans	Droits à jour	
Professionnel de santé	Carte de professionnel médical	

Laboratoire des Cèdres : Dépistage Antigénique
Résultat : ☐ **NEG** ☐ **POS**
Si positif prélèvement test PCR effectué : ☐ **OUI** ☐ **NON**

Visa Préleveur : **Visa Biologiste Médical :**

LA VERSION ÉLECTRONIQUE FAIT FOI