



**COVID.19 : FICHE DE PRELEVEMENTS ET  
DE RENSEIGNEMENTS CLINIQUES RT-  
PCR SARS-CoV-2**

**LABEXA-ENR-558-15**  
Version : 15  
Applicable le : 01-02-2023



**⚠ Les renseignements marqués d'une \* sont OBLIGATOIRES : système d'information de dépistage (SI-DEP)**

**RENSEIGNEMENTS PATIENT**

Carte d'identité vérifiée :  Oui  Non SEXE\* :  H  F

NOM d'USAGE\* : ..... NOM DE NAISSANCE\* : .....

PRENOM\* : ..... DDN\* : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

ADRESSE ACTUELLE\* N° DE PORTABLE\* : ..... Etiquette patient  
Ou  
QR Code Patient

CP / VILLE\* : ..... N° SS (15 chiffres) : .....  
Mutuelle : .....

Email : ..... Code télétransmission : .....

Médecin traitant : ..... Vaccination anti-Covid-19:  Oui  Non

Passe sanitaire valide :  Oui  Non Si oui, date 1<sup>ère</sup> injection: ..... , 2<sup>ème</sup> injection: .....  
Contrôlé par ..... 3<sup>ème</sup> injection: .....

TRANSMISSION RESULTATS :  Internet  URGENT  à faxer au prescripteur  à garder labo  personne mandatée :

**⚠ CONSENTEMENT SI-DEP**

J'autorise mon laboratoire Cerballiance à transmettre mes données à caractère personnelle concernant la santé, dans le cadre de test virologique ou sérologique Covid (y compris les résultats), au SI-DEP.

Fait à : ..... Signature : .....

Le : .....  
Attention, en l'absence de consentement du patient,

- Le professionnel de santé, qui réalise le test covid, ne peut plus transmettre au SI-DEP les données personnelles du patient ;
- Le SI-DEP ne peut plus générer et envoyer à ce patient un justificatif d'absence de contamination ou un certificat de rétablissement.

**PRELEVEUR**

NOM + PRENOM : ..... Date et heure du prélèvement : .....  
N° de téléphone:.....

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES**

**Nature du prélèvement :**  Écouvillonnage nasopharyngé  Autre, précisez.....  
 Ecouvillonnage nasal profond

**SYMPTOMES\***

- Je n'ai pas de symptômes
- J'ai des symptômes (perte de l'odorat, perte de goût, fièvre, toux, ...) et ils sont apparus :
  - Moins de 24h avant le prélèvement
  - Entre 8 et 14 jours avant le prélèvement
  - 2, 3 ou 4 jours avant le prélèvement
  - Entre 15 et 28 jours avant le prélèvement
  - 5, 6 ou 7 jours avant le prélèvement
  - Plus de quatre semaines avant le prélèvement

**CONTEXTE**

Pays de résidence actuelle\* :  France  Autre : .....

Voyage dans les 14 jours précédant la date des symptômes ou mon dépistage :  Oui  Non  
Si oui, pays de provenance:  Inde  Autre pays : .....

**LA OU LES RAISONS POUR LAQUELLE JE ME FAIS DEPISTER\***

- Je suis symptomatique
- Je fais partie d'un cluster
- Je suis contact avec un cas confirmé
- Je dois bientôt rentrer à l'hôpital, en EHPAD ou en établissement social Date d'entrée : .....
- Je prends prochainement un transport pour lequel un test est exigé
- Je souhaite me faire dépister de ma propre initiative
- Contrôle d'un test antigénique ou RT-PCR positif (date du test : .....
- Contrôle d'un autotest positif (date du test : .....

**TYPOLOGIE DU PATIENT**

Professionnel de santé\* :  Oui  Non

Lieu de résidence actuelle\* :  Hébergement individuel  Hospitalisé  Résident en EHPAD  Milieu carcéral  
 Autre structure d'hébergement collectif  Ne sait pas



**COVID.19 : FICHE DE PRELEVEMENTS ET  
DE RENSEIGNEMENTS CLINIQUES RT-  
PCR SARS-CoV-2**

**LABEXA-ENR-558-15**  
Version : 15  
Applicable le : 01-02-2023



**! Information with an \* is mandatory (SI-DEP)**

**PATIENT INFORMATION**

Verified identity card ::  Yes  No

SEXE\* :  H  F

LAST NAME\* : .....

BIRTH NAME\* : .....

First Name\* : .....

Date of birth\* : \_\_/\_\_/\_\_\_\_

ADDRESS\* : .....

Mobile number\* : .....

*Etiquette patient*

*Ou*

*QR Code Patient*

CITY\* : .....

Email : .....

Vaccination anti-Covid-19:  Yes  No

If yes, date of injection: 1<sup>st</sup> jab ..... 2<sup>nd</sup> jab .....

Valid health pass:  Oui  Non

Controlled by : .....

RESULTS TRANSMISSION :  Internet  URGENT  to fax to the prescriber  to keep in the lab  authorized person : .....

**CONSETEMENT SI-DEP**

I authorize my Cerballiance laboratory to transmit my personal health data, in the context of a Covid virological or serological test (including the results), to the SI-DEP.

Made in : .....

Signature : .....

Date : .....

Attention, in the absence of the patient's consent,

- The healthcare professional who carries out the covid test can no longer transmit the patient's personal data to the SI-DEP;

- The SI-DEP can no longer generate and send to this patient a proof of absence of contamination or a certificate of recovery.

**SAMPLER (to be filled in by the lab)**

LAST NAME + First name: .....

Date and time of sample: .....

Phone number: .....

**CLINICAL INFORMATION**

Type of sample :  Nasopharyngeal swab  Other, specify : .....  
 Deep nasal swab

**SYMPTOMS\***

I do not have any symptoms

I have symptoms (loss of smell, loss of taste, fever, cough ...) and they appeared :

Less than 24h before sample

Between 8 and 14 days before sample

2, 3 ou 4 days before sample

Between 15 and 28 days before sample

5, 6 ou 7 days before sample

More than 4 weeks before sample

**CONTEXT**

Current country of residence\* :  France  Autre : .....

Travel within 14 days of symptoms or creening :  Yes  No

If yes, country of origin :  India  Other country (specify) : .....

**REASON(S) FOR BEING TESTED\***

I am symptomatic

I am part of a cluster

I have been in contact with someone positive for Covid 19

I will soon go into hospital or a care home

I will soon use transport which requires testing

I have decided to test myself

Control after a positive antigenic test or RT-PCR test (date of test : .....) )

Control after a positive self-test (date of test : .....) )

**TPOLOGY OF PATIENT**

Health professional \* :  Yes  No

Current type of residence\* :  House, apartment, shared  Hospital  Care home resident  Prison  
 Collective accomodation structure  I don't know