

Les champs avec * sont obligatoires pour le suivi des patients. Saisir les informations en majuscules.

IDENTIFICATION DU PATIENT	<input type="checkbox"/> Me <input type="checkbox"/> Mr <input type="checkbox"/> Enfant Nom * Date de naissance * : / / Nom de NAISSANCE * Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Prénom *	Etiquette patient
	Adresse * Code postal * : Ville * :	Tél * : Email * : @
	Caisse * : N° Sécu * : Mutuelle :	Médecin traitant * :

PRLV IDE Préleveur : Nom / prénom	Date et heure/...../..... àh.....
--	---

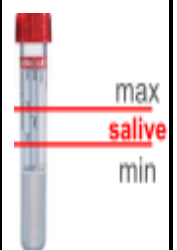
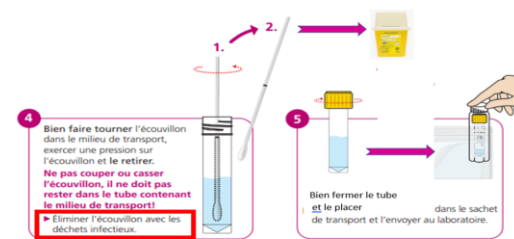
RESULTATS	PATIENT <input type="checkbox"/> ETIQUETTES <input type="checkbox"/> A POSTER <input type="checkbox"/> AU LABO <input type="checkbox"/> PAR EMAIL IDE <input type="checkbox"/> SERVEUR DE RESULTATS <input type="checkbox"/> EMAIL SECURISE MEDECIN PRESCRIPTEUR <input type="checkbox"/> A TELEPHONER <input type="checkbox"/> A FAXER MEDECIN EN COPIE	Signature du patient : En signant, je donne mon accord pour que mes préleveurs reçoivent mes résultats par voie électronique
	ETABLISSEMENT DE SOINS	

SYMPTOMES ET CONTEXTE	<input type="checkbox"/> PREMIER DIAGNOSTIC* (patient symptomatique) <input type="checkbox"/> SUIVI DU PATIENT DEJA CONFIRME COVID-19 * <input type="checkbox"/> HOSPITALISATION* <input type="checkbox"/> CAS CONTACT* <input type="checkbox"/> Autres (voyages, stages, ...) * : Symptômes <input type="checkbox"/> Fièvre > 38°C <input type="checkbox"/> Maux de tête <input type="checkbox"/> Fatigue intense <input type="checkbox"/> Toux <input type="checkbox"/> Perte du gout et/ou de l'odorat <input type="checkbox"/> Signes d'infection respiratoire <input type="checkbox"/> Douleurs musculaires/articulaires <input type="checkbox"/> Pas de symptômes <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : Date apparition des symptômes :
	<p>A compter du 1^{er} mars 2023, la prise en charge des tests antigéniques, PCR et sérologiques Covid-19 s'effectuera :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Pour tous les assurés sans distinction entre vaccinés et non-vaccinés ✓ Avec ou sans prescription médicale ✓ Avec ticket modérateur de droit commun (60/40), sauf pour les personnes dont la prise en charge par l'assurance maladie est maintenue à 100% : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Personne bénéficiant d'une exonération au titre d'une affection de longue durée, invalidité, maternité <input type="checkbox"/> Age : < 18 ans ou > 65 ans, <input type="checkbox"/> Professionnels de santé ou leurs employés, personnels d'un établissement ou service social ou médico social (présentation d'un justificatif attestant l'une de ces qualités à joindre à la facturation) <input type="checkbox"/> Personnes immunodéprimées : examens de détection des anticorps.

Lorsqu'une infirmière libérale réalise le prélèvement et que le contexte ne permet pas le remboursement, la part du laboratoire est de **24.70€**, réglée préalablement par chèque à SELAS LABORATOIRE DYNALAB ou lors du dépôt de son échantillon par le patient. **Un supplément de 25€ pourra être demandé en cas d'analyses complémentaires**

Le patient donne son consentement pour la **transmission de ses données personnelles** dans la base de données **SIDEP** : détail sur <https://sante.gouv.fr/ministere/article/donnees-personnelles-et-cookies>

--> merci de **Ne plus CASSER l'écouvillon dans le tube.**



Éliminer l'écouvillon avec les déchets infectieux.