

	FORMULAIRE SEROLOGIE COVID-19 DEMANDEE / RENSEIGNEMENTS CLINIQUES			
	Identification F_MO_SECR_01_E	Approbateur Isabelle BERTRAND	Date d'application 23/02/2021	Version 3


Date de la demande :

 PCR Pos
Analyse prescrite par un médecin : Oui Non (DRPAT99)

Matricule du patient : (ou date de naissance)
Nom et prénom du patient :

Adresse du patient :

N° de téléphone du patient :

ANALYSE DEMANDEE
SEROLOGIE COVID 19
RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

 Symptômes évocateurs de Covid-19 (présents ou passés) ? Oui Non

Date des symptômes : du au

 Test par PCR réalisé ? Oui Non

 Si vous avez eu un ou plusieurs résultats positifs, **date du 1^{er} résultat positif** :

Date du dernier test réalisé :

 Résultat du dernier test : Positif Négatif Douteux

 Vaccin ? Oui Non

 Date de la 1^{ère} injection : Date de la 2^{ème} injection :

INFORMATIONS DU PATIENT

Les tests sérologiques ne permettent pas un diagnostic précoce de l'infection, ni de déterminer si la personne est contagieuse ou non. Il y a actuellement peu de données sur la persistance des anticorps et la durée de la protection contre une réinfection.

Cette analyse n'est pas prise en charge par la CNS et sera facturée 25 €. En l'absence d'ordonnance valide pour la CNS, les frais liés à l'acte de prélèvement seront facturés en sus (prise de sang adulte : 6,28 € - enfant moins de 6 ans : 7,85 € - prise de sang à domicile : 9,42 € + forfait déplacement 6,91 €).

Si analyse demandée par le patient, transmission du protocole de résultats

au Dr

 (Nom – prénom et adresse du médecin)

 Visa du patient
 pour accord :