

	<b>FORMULAIRE</b>			
	<b>SEROLOGIE COVID-19 DEMANDEE / RENSEIGNEMENTS CLINIQUES</b>			
Identification <b>F_MO_SECR_01_E</b>	Approbateur Isabelle BERTRAND	Date d'application 17/07/2020	Version 2	Page 1 / 4



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 de début des symptômes : .....

Date de fin des symptômes : .....

Test par PCR réalisé ?  Oui  NonDate du 1<sup>er</sup> test : .....Résultat du 1<sup>er</sup> test :  Positif  Négatif  Douteux

Date du dernier test : .....

Résultat du dernier test :  Positif  Négatif  Douteux**INFORMATIONS DU PATIENT**

*Les tests sérologiques permettent uniquement de déterminer si une personne a produit des anticorps en réponse à une infection par le virus. Ils ne permettent pas un diagnostic précoce de l'infection. Dans l'état actuel des connaissances, ils ne permettent pas de déterminer si la personne est contagieuse ou non. Il n'y a par ailleurs aucune preuve que les patients porteurs d'anticorps ne seront plus infectés par le virus ultérieurement.*

*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 : 6,13 € - enfant moins de 6 ans : 7,66 € - prise de sang à domicile : 9,19 € + forfait déplacement 6,74 €).*

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

au Dr .....

.....  
(Nom – prénom et adresse du médecin)Visa du patient  
pour accord :