

Demande d'examen

Nom (Mme, Mlle, M., Enf.) :

Prénom :

Né(e) le :

Adresse :

N° postal / Ville :

Téléphone :

e-Mail (Obligatoire) :

Assurance (Obligatoire) :

N° AVS :

N° Passeport :

Remarque et/ou indications cliniques

Date :

Médecin traitant

Heure :

Symptômes ? oui non

Copie(s) :

Dépistage précédent positif ? oui non Date :

Résultat en anglais

Dépistage PCR

Test rapide antigénique

Avec ordonnance :

Frottis chez le médecin ou à la pharmacie (pris en charge)

Code COPAO

Code COAAO

Frottis chez MGD (pris en charge)

Code COMGD

Code COASO

Sans ordonnance :

Avec/sans symptômes, cas contact, frottis à la pharmacie (pris en charge)

Code COPAO

Code COAAO

Avec/sans symptômes, cas contact, frottis chez MGD (pris en charge)

Code COMGD

Code COASO

Voyage (à la charge du patient)

Code COPVO (français)

Code CORNR (français)

Code COPAN (anglais)

Code COAAN (anglais)

Sérologie (recherche quantitative d'IgG et IgM)

Avec ordonnance (pris en charge) code CORSE

Cadre réservé au centre de prélèvements

Sans ordonnance (à la charge du patient) code CORSE

Résultat du test rapide : POSITIF NEGATIF

Fait le ____ / ____ / ____ par

A transmettre au responsable pour la saisie du résultat !