

DATE : ..... / ..... / .....

Coordonnées Médecin / Tampon

## PATIENT

NOM : .....

Prénom : .....

Nom de naissance : .....

Sexe : F M

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Code postal : .....

Ville : .....

N° de mobile : .....

(ou n° fixe si établissement de santé ou personne de confiance)

E-mail : .....

Téléphone : .....

Fax : .....

## Renseignements cliniques obligatoires

**Professionnel de santé** : OUI NON

**Présence de symptômes** : OUI NON

**Date d'apparition des symptômes** : ..... / ..... / .....

**Diagnostic COVID par prélèvement naso ou oro-pharyngé** :

OUI

NON

**Si oui, date de réalisation** : ..... / ..... / .....

**Résultat** : POSITIVE

NÉGATIVE

Nature des symptômes :

Fièvre

Toux

Fatigue

Courbatures

Troubles digestifs

Perte de l'odorat (Anosmie)

Perte du goût (Agueusie)

Autres

.....  
.....

Faire pratiquer au laboratoire une SÉROLOGIE Covid-19

### INFORMATION PATIENT À LIRE ET À COMPLÉTER

La sérologie Covid-19 est un examen remboursé par la Sécurité Sociale sous certaines conditions. Si ma situation ne satisfait pas à ces conditions, je donne mon accord et m'engage à régler l'examen au laboratoire.

OUI

NON

Fait à.....

le ..... / ..... / .....

Signature du patient :

**Signature du prescripteur**

Document à renvoyer à :  
secretariat.orleans@anabiocentre.fr