

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-stgervais@anabiocentre.fr