

*A remplir uniquement en l'absence de prescription médicale*

**Date du prélèvement :**

**Identité du patient**

Nom :

Adresse

Prénom :

Téléphone :

Date de naissance

Mail :

**Renseignements Clinique**

Etes-vous un professionnel de santé ? : Oui Non

Je soussigné : .....

- Atteste sur l'honneur avoir pris connaissance du fait que les tests PCR et sérologie sont des actes médicaux non anonymes
- Être informé (e) que les résultats du test seront automatiquement transmis sur la plateforme contact Covid de l'assurance maladie, ainsi que sur l'outil SI-DEP (système d'information national de suivi du dépistage COVID-19), conformément aux instructions gouvernementales

Déclare avoir :

**Des symptômes s'apparentant à ceux du COVID 19 :**

Date de début des symptômes : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

(Fièvre  $\geq 38^{\circ}\text{C}$ , Céphalées, Fatigue intense, Toux sèche, Perte odorat, Perte de goût, Diarrhée, Dyspnée, Douleurs musculaires/articulaires)

Lien avec un cas confirmé : Si oui, nature du lien avec le cas confirmé

Personne vivant sous le même toit  Voisins, collègues de travail  Autre (préciser) : .....

**Aucun symptôme s'apparentant à ceux du COVID 19**

- Je m'engage à ne pas me faire dépister plus d'une fois sur une période de 30 jours

Date :

Signature :

**Cadre reserve au laboratoire**

Nom et prénom du préleveur :

Heure de prélèvement :

Nom du Médecin traitant :

PCR : VCM Transwab M4RT Fecalswab UTM Eswab PCR Dual Swab Autres :