

Identité préleveur :**Date et heure du prélèvement :**

Nom :

Prénom :

Né(e) le :

Nom de naissance :

Adresse complète :

Etiquette
laboratoire

Tél. portable :

N° Sécurité sociale :

Créneau horaire de rappel pour fixer le RDV (le cas échéant) :**Nom du médecin traitant :****Mode de transmission des résultats :** Internet (à privilégier) Labo (à éviter) Poste**Indications du prélèvement :** Patient symptomatique de COVID 19 ➡ *Rendez-vous au plus vite* Contact d'un cas avéré Préopératoire ➡ *En général 48h maxi avant intervention* Voyage à l'étranger ➡ *En général Maxi 72h avant le départ* Demande spontanée**SIDEP 1 obligatoire : Lieu de résidence** (1 seule réponse) Hébergement individuel EHPAD Hospitalisé Milieu carcéral Autre hébergement collectif Ne sait pas**SIDEP 2 obligatoire : Etes-vous un professionnel de santé ?** (1 seule réponse) Non Oui Ne sait pas**SIDEP 3 obligatoire : Apparition des premiers symptômes** (1 seule réponse) Le jour ou la veille du prélèvement 2, 3, 4 jours avant le prélèvement 5, 6, 7 jours avant le prélèvement Entre 8 et 14 jours avant le prélèvement Entre 15 et 28 jours avant le prélèvement Plus de 4 semaines avant le prélèvement Asymptomatique Ne sait pas**SIDEP 4 : N° de campagne DGS/ARS** (en cas de dépistage massif uniquement) :**SIDEP 5 obligatoire : Pays de l'adresse** France Autre :**SIDEP 6 : Si votre adresse de résidence passagère est différente de votre adresse principale** (à renseigner uniquement dans ce cas)- Pays de résidence de passage : France Autre :- N° de département de passage : 62 59 Autre :

- Code postal :

SIDEP 7 : Avez-vous voyagé à l'étranger dans les 14 derniers jours ? Non Oui, quel est le pays de provenance ?**SIDEP 8 : Quel est votre statut vaccinal vis-à-vis du COVID ?** Totalement vacciné Primo-vacciné (1 seul dose) Non vacciné Ne sait pas**SIDEP 9 obligatoire : Consentement de la conservation des données personnelles par le SIDEP ?** Oui Non

J'atteste avoir informé le patient :

- des recommandations liées au prélèvement
- des délais et modalités de rendus de résultats
- des conditions d'exécution des analyses

Nom d'usage :

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance :

Téléphone :

Les conditions pour le remboursement de la PCR SARS COV-2 ont évolué depuis le 15/10/2021 et au 01/02/2022. Merci de cocher la case correspondant à la situation de votre patient et joindre le document pour la prise en charge selon les cas.

<input type="checkbox"/>	Ordonnance		Remboursé	Transmettre l'ordonnance (ordonnance de moins de 48h00 pour les patients symptomatiques)
<input type="checkbox"/>	Sans ordonnance	Schéma vaccinal complet	Remboursé	Vérifier le certificat de vaccination mais <i>ne pas transmettre à la caisse</i>
<input type="checkbox"/>	Sans ordonnance	Mineur (< 18 ans)	Remboursé	<i>Pas de justificatif</i>
<input type="checkbox"/>	Sans ordonnance	PCR positive de plus de 11 jours et de moins de 6 mois	Remboursé	Vérifier le certificat de rétablissement – <i>Pas de justificatif à transmettre à la caisse</i>
<input type="checkbox"/>	Sans ordonnance	Cas contact notifié par la CPAM	Remboursé	Vérifier le SMS CPAM « Cas contact » – <i>Pas de justificatif à transmettre à la caisse</i>
<input type="checkbox"/>	Sans ordonnance	Cas contact élève de plus de 18 ans	Remboursé	Transmettre au laboratoire le courrier type de l'éducation nationale
<input type="checkbox"/>	Sans ordonnance	Non vacciné pour cause de contre-indication à la vaccination	Remboursé	Transmettre au laboratoire le certificat de contre-indication à la vaccination
<input type="checkbox"/>	Sans ordonnance	Test antigénique positif de moins de 48h00	Remboursé	Transmettre à la caisse le document attestant du test antigénique de moins de 48h00
<input type="checkbox"/>	Sans ordonnance	Autres cas	37,35 €* 	Prélèvement à régler au laboratoire ou au professionnel de santé selon qui réalise le prélèvement*. L'acte PCR sans le prélèvement est facturé 31,59 €

* Prix du prélèvement pouvant varier selon le professionnel de santé qui le réalise et selon son référentiel.

En absence d'ordonnance ou de justificatif, signature du patient attestant l'exactitude des renseignements communiqués :

Le / /