



Fiche de demande de prélèvement SARS-COV-2 à domicile

Contact médecin

: _____

(joignable le jour du prélèvement)

Contact patient

Nom _____

Prénom _____

Date de naissance _____

No AVS _____

Signes cliniques

Fièvre

Toux

Maux de gorge

Souffle court

Perte du goût et/ou de l'odorat

Diarrhées

Autres :

Indications pour analyse

Epidémiologique

Maladie professionnelle (LAA)

Maladie

Test volontaire
(prise en charge par le patient)

Examens demandés

A compléter par personnel UM

Température

Saturation oxygène

Fréquence respiratoire

TA et pulsations

Prise de sang *(à compléter sur la demande d'analyse)*

Patient anticoagulé

Je souhaite être contacté pendant le passage auprès de mon patient _____

Retour du formulaire @ _____

Fax _____

Date de la demande _____

Timbre et signature du médecin

A remplir par le personnel de prélèvement

Date du prélèvement _____

Personne responsable _____

Date de retour du formulaire _____

Signature _____