



Laboratoire MINE

Tél. Thiant : 03.27.24.66.66

Tél. Raismes : 03.27.36.90.31

Fiche de renseignements pour dépistage par PCR de la COVID-19

L'ensemble des informations sont à renseigner obligatoirement pour une prise en charge intégrale par la sécurité sociale.

Nom usuel	
Nom de naissance	
Prénom	
Date de naissance	
Sexe	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
Adresse Code postal - Ville	
N° tel portable	
Adresse mail	
N° sécurité sociale + clef	_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_
Nom caisse Sécurité Sociales + Département	
Nom de votre Médecin traitant	
Type d'hébergement (domicile, collectif...)	<input type="checkbox"/> Hébergement collectif <input type="checkbox"/> Hébergement individuel
Motif de dépistage	<input type="checkbox"/> Symptômes depuis le :/...../..... <input type="checkbox"/> Pas de symptômes, raison du dépistage :
Voyage	<input type="checkbox"/> Séjour dans un pays étranger au cours des 14 jours précédant la date des symptômes – Pays : <input type="checkbox"/> Cas contact avec une personne ayant séjournée dans un pays étranger.
Professionnel de santé ou médico- social	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Transmission des résultats	<input type="checkbox"/> Par internet (<input type="checkbox"/> Au laboratoire <input type="checkbox"/> Postal)
Prélèvement	Identité du préleveur : Date de prélèvement : .../.../... Heure de prélèvement : ...H...