

## Demande d'examen

Nom (Mme, Mlle, M., Enf.) :

Prénom :

Né(e) le :

Adresse :

N° postal / Ville :

**Téléphone :**

**e-Mail (Obligatoire) :**

**Assurance (Obligatoire) :**

**N° AVS :**

N° Passeport :

Remarque et/ou indications cliniques

Date :  
Heure :

**Médecin traitant**

Symptômes ?    oui    non

Dépistage précédent positif ?    oui    non    Date :

Copie(s) :

**Résultat en anglais**

### Dépistage PCR

### Test rapide antigénique

#### Avec ordonnance :

Frottis chez le médecin ou à la pharmacie (pris en charge)

Code COPAO

Code COAAO

Frottis chez MGD (pris en charge)

Code COMGD

Code COASO

#### Sans ordonnance :

Avec/sans symptômes, cas contact, frottis à la pharmacie (pris en charge)

Code COPAO

Code COAAO

Avec/sans symptômes, cas contact, frottis chez MGD (pris en charge)

Code COMGD

Code COASO

Voyage (à la charge du patient)

Code COPVO (français)

Code CORNR (français)

Code COPAN (anglais)

Code COAAN (anglais)

#### Sérologie (recherche quantitative d'IgG et IgM)

Avec ordonnance (pris en charge) code CORSE

Sans ordonnance (à la charge du patient) code CORSE

*Cadre réservé au centre de prélèvements*

Résultat du test rapide :  POSITIF     NEGATIF

Fait le \_\_ / \_\_ / \_\_ par .....

A transmettre au responsable pour la saisie du résultat !