

La collecte des informations ci-dessous est indispensable à l'enregistrement réglementaire de votre dossier.

Date de saisie du formulaire :  Nom usuel :

Prénom :  Sexe :  M  F

Nom de naissance :  Date de Naissance :

Adresse de résidence actuelle :

Code postal :  Ville :

Téléphone mobile ou, à défaut, celui d'un proche de confiance ou tel fixe :

Adresse mail personnelle ou proche de confiance :

Numéro de sécurité sociale :   CPAM  MSA  Autre :

Médecin traitant (ou prescripteur) :  Si ordonnance date :

**Cadre de réalisation du test :**

Je dispose d'une prescription médicale pour réaliser un test RT-PCR  
 **Enquête autour d'un cas positif confirmé** : Date du dernier contact (prévoir le test à J7)

Campagne DGS/ARS : numéro de campagne :   
 Voyage (<14jours) : Pays de retour de voyage :

Demande spontanée  Autre, précisez :

**Vaccination contre le SARS CoV2**  Oui  Non **Grippe saisonnière**  Oui  Non

**Maladie chronique** :  Aucune  Diabète  Cardio vasculaire  Respiratoire  Immunodépression  
 Autre :

**Type d'hébergement** :  Individuel (familial)  Collectif (Hôpital, EHPAD,...) précisez :

**Professionnel de santé** :  Non  Oui, précisez :

**Date d'apparition des symptômes avant le prélèvement** :  Asymptomatique  Ce jour ou la veille  2 à 4 jours  
 5 à 7 jours  entre 8 et 14 jours  entre 15 et 28 jours  plus de 4 semaines

**Si symptômes** :  Signes respiratoires  Signes digestifs  Syndrome Grippal  Autres :

**Un test RT PCR COVID 19 a-t-il déjà été réalisé ?** :  Non  Oui Date :

**Transmission des résultats sur internet**, je consulte mes résultats sur [www.labo-sylab.fr](http://www.labo-sylab.fr) via le serveur sécurisé mySYNLAB (conditions exposées dans ce document : [clik](#)).

Oui, je possède déjà un compte mySYNLAB et un identifiant commençant par "152"xxxxxxxxxx

Oui, je crée mon compte avec l'identifiant présent sur mon dernier compte rendu de résultats du laboratoire SYLAB (en haut à gauche sous le numéro de demande)

Oui, je souhaite créer mon compte, veuillez m'envoyer mon identifiant par mail

Non, mon résultat sera posté, le laboratoire sera dans l'incapacité de me fournir mes résultats dans les délais impartis  
Rappel : tout résultat positif vous sera communiqué par téléphone

**Prélèvement (à renseigner si préleveur externe au laboratoire) : Nom**  **Date/H :**

**Commentaire**

**Nasopharyngé (NSP)** **OU**  
 **Salive (contre-indication Prél.Nasopharyngé)**