



LBM SYLAB

# Fiche de renseignements associée aux prélèvements COVID

Ref : SY-PRE-DE-044-02  
Version : 02

La collecte des informations ci-dessous est indispensable à l'enregistrement réglementaire du dossier dans le cadre de la réalisation d'un test de dépistage de SARS COV 2 (COVID).

Il est à adresser à l'adresse mail : [covid@labo-sylab.fr](mailto:covid@labo-sylab.fr) Vous **intitulerez** votre mail (champ objet) par le **nom du site** (AURILLAC, FIGEAC, MAURIAC, SAINTCERE) **suivi du nom de famille** (ex : MAURIAC + DUPOND)

Vous joindrez en plus de ce document **intégralement** rempli (tous **les champs en gras sont indispensables**) une copie de votre **ordonnance** ainsi qu'une **pièce d'identité**.

**Date de saisie du formulaire :**  **Sexe :**  M  F

**Nom usuel (marital) :**  **Nom de naissance (de jeune fille) :**

**Prénom :**  **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 :

**Médecin prescripteur :**  **Date ordonnance :**

**Numéro de sécurité sociale :**

**Caisse primaire :**  CPAM  MSA  Autre, précisez :

**Cadre de réalisation du test :**  Médecin généraliste  Enquête autour d'un cas (autorité)  
 Demandé spontané  Autre, précisez :

**Contexte :**  Contact étroit avec cas confirmé  Voyage (<14jours)  Autre, précisez :   
 Travail/Séjour dans hôpital avec cas d'infection confirmé.

**Vaccination contre la grippe saisonnière :**  Non  Oui

**Maladie chronique :**  Aucune  Diabète  Cardio vasculaire  Respiratoire  
 Immunodépression  Autres, précisez :

**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** via le serveur sécurisé MySynlab (conditions exposées dans ce document : [clic](#)).

Oui , identifiant remis lors du prélèvement ou par mail puis je consulte mes résultats sur [www.labo-sylab.fr](http://www.labo-sylab.fr)  Non

**Commentaire**