



LBMMS ORN.BIOMEDI.CAL

Fiche de transmission COVID

Code : C2ENR09
Version : A8
Date d'application : 26/10/2023

Formulaire d'enregistrement

Page 1 sur 6

	Intervenants	Dates
Rédaction	COURTEILLE Isabelle	26/10/2023
Vérification	GRISARD Didier	26/10/2023
Approbation	BAUDEN François	26/10/2023

Objet de la modification : Modification de la prise en charge depuis 03/23

Laboratoire de Biologie Médicale ORN.BIOMEDI.CAL55, rue du Champ de Foire
5, rue Saint-Martin61100 FLERS
14110 CONDE/NOIREAU☎ 02.33.65.07.56
☎ 02.31.69.02.36**IDENTIFICATION DU PATIENT****NOM ET PRENOM** : _____ Sexe : M F

Adresse : _____

NOM DE NAISSANCE : _____**DATE DE NAISSANCE** : ____ / ____ / ____**N° SECURITE SOCIALE** : _____

Caisse primaire : _____

TELEPHONE PORTABLE : _____ (indispensable pour résultat sur internet)**TELEPHONE FIXE** : _____ **MAIL** : _____**MEDECIN TRAITANT** : _____ **MEDECIN PRESCRIPTEUR** : _____**CONTEXTE DE LA DEMANDE D'EXAMEN (à renseigner impérativement, cocher ou entourer)****Professionnel de santé ou médico social ?** NON OUI, préciser : _____**Lieu de résidence** Hébergement individuel Hospitalisation Résident EHPAD En milieu carcéral Autre structure d'hébergement collectif Ne sait pas**Voyage à l'étranger dans les 14 derniers jours** NON OUI Si OUI → Pays de provenance : _____**Contexte de la demande** Cas contact NON OUI Préciser si retour de voyage (Pays de provenance du contact) _____
Préciser la nature du lien (Famille, collègue...) _____ Symptômes en cours : NON OUI, préciser : _____

Si OUI → Début des symptômes : le jour même 2 à 4 jours 5 à 7 jours 8 à 15 jours > 15 jours Ne sait pas

 Bilan pré-opératoire, Examen médical...**Vaccination contre la Covid-19 ?** NON Primo-vacciné Totalement vacciné**Consentement du patient pour la transmission de ses données à la plateforme SIDEP** NON OUI En l'absence de ce consentement, le SIDEP ne transmettra pas de justificatif au patient (QR code, certificat de rétablissement ou certificat d'absence de contamination)**Prise en charge par l'assurance maladie :** **voir au dos pour les indications de prise en charge et les justificatifs à communiquer** OUI NON

Pour les tests réalisés à domicile, le règlement (chèque ou espèces) devra être donné au préleveur et transmis au laboratoire.

SIGNATURE du patient

RENDU DES RESULTATS à expédier sur internet (n° de portable impératif) au labo → définir un mot de passe _____**PRELEVEMENT****Identification du préleveur ou de l'établissement de soins :**

Prélèvement NASOPHARYNGE effectué le _____ à _____ h _____

RECEPTION AU LABORATOIRE (réservé au laboratoire)

Conformité des échantillons à la réception :

 oui non = → cf non-conformité**Initiales du vérificateur**
(ordo-enregistrement) :

COVID-19 : TESTS PCR ET ANTIGÉNIQUES MODIFICATION DE LA PRISE EN CHARGE A COMPTER DU 01/03/2023

**Prise en charge à 60% par l'Assurance maladie*
pour l'ensemble des assurés sociaux,
y compris non-vaccinés**

() Comme toutes les analyses médicales, les personnes ayant un régime complémentaire (mutuelle, complémentaire santé solidaire C2S) bénéficient de la prise en charge intégrale via le tiers payant*

La prise en charge à 100% n'est maintenue que pour les personnes suivantes, munies d'un justificatif :

- < 18 ans ou ≥ 65 ans
- Bénéficiaire d'une exonération (ALD, maternité...)
- Professionnels de santé, d'un établissement ou service social ou médico-social
- Participation à une campagne de dépistage collectif organisé par une ARS

En dehors de ces cas, la tarif hors nomenclature s'applique :

- PCR sur prélèvement naso-pharyngé : 44 euros
- PCR sur prélèvement salivaire : 25 euros
- Test antigénique : 22 euros

Laboratoire de Biologie Médicale ORN.BIOMEDI.CAL55, rue du Champ de Foire
5, rue Saint-Martin61100 FLERS
14110 CONDE/NOIREAU☎ 02.33.65.07.56
☎ 02.31.69.02.36**IDENTIFICATION DU PATIENT****NOM ET PRENOM** : _____ Sexe : M F

Adresse : _____

NOM DE NAISSANCE : _____**DATE DE NAISSANCE** : ____ / ____ / ____**N° SECURITE SOCIALE** : _____

Caisse primaire : _____

TELEPHONE PORTABLE : _____ (indispensable pour résultat sur internet)**TELEPHONE FIXE** : _____ **MAIL** : _____**MEDECIN TRAITANT** : _____ **MEDECIN PRESCRIPTEUR** : _____**CONTEXTE DE LA DEMANDE D'EXAMEN (à renseigner impérativement, cocher ou entourer)****Professionnel de santé ou médico social ?** NON OUI, préciser : _____**Lieu de résidence** Hébergement individuel Hospitalisation Résident EHPAD En milieu carcéral Autre structure d'hébergement collectif Ne sait pas**Voyage à l'étranger dans les 14 derniers jours** NON OUI Si OUI → Pays de provenance : _____**Contexte de la demande** Cas contact NON OUI Préciser si retour de voyage (Pays de provenance du contact) _____
Préciser la nature du lien (Famille, collègue...) _____ Symptômes en cours : NON OUI, préciser : _____

Si OUI → Début des symptômes : le jour même 2 à 4 jours 5 à 7 jours 8 à 15 jours > 15 jours Ne sait pas

 Bilan pré-opératoire, Examen médical...**Vaccination contre la Covid-19 ?** NON Primo-vacciné Totalemment vacciné**Consentement du patient pour la transmission de ses données à la plateforme SIDEP** NON OUI En l'absence de ce consentement, le SIDEP ne transmettra pas de justificatif au patient (QR code, certificat de rétablissement ou certificat d'absence de contamination)**Prise en charge par l'assurance maladie :** **voir au dos pour les indications de prise en charge et les justificatifs à communiquer** OUI NON

Pour les tests réalisés à domicile, le règlement (chèque ou espèces) devra être donné au préleveur et transmis au laboratoire.

SIGNATURE du patient

RENDU DES RESULTATS à expédier sur internet (n° de portable impératif) au labo → définir un mot de passe _____**PRELEVEMENT****Identification du préleveur ou de l'établissement de soins :**

Prélèvement SALIVAIRE effectué le _____ à ____ h

RECEPTION AU LABORATOIRE (réservé au laboratoire)

Conformité des échantillons à la réception :

 oui non = → cf non-conformité**Initiales du vérificateur**
(ordo-enregistrement) :

COVID-19 : TESTS PCR ET ANTIGÉNIQUES MODIFICATION DE LA PRISE EN CHARGE A COMPTER DU 01/03/2023

**Prise en charge à 60% par l'Assurance maladie*
pour l'ensemble des assurés sociaux,
y compris non-vaccinés**

() Comme toutes les analyses médicales, les personnes ayant un régime complémentaire (mutuelle, complémentaire santé solidaire C2S) bénéficient de la prise en charge intégrale via le tiers payant*

La prise en charge à 100% n'est maintenue que pour les personnes suivantes, munies d'un justificatif :

- < 18 ans ou ≥ 65 ans
- Bénéficiaire d'une exonération (ALD, maternité...)
- Professionnels de santé, d'un établissement ou service social ou médico-social
- Participation à une campagne de dépistage collectif organisé par une ARS

En dehors de ces cas, la tarif hors nomenclature s'applique :

- PCR sur prélèvement naso-pharyngé : 44 euros
- PCR sur prélèvement salivaire : 25 euros
- Test antigénique : 22 euros

Laboratoire de Biologie Médicale ORN.BIOMEDICAL

55, rue du Champ de Foire
5, rue Saint-Martin

61100 FLERS
14110 CONDE/NOIREAU

☎ 02.33.65.07.56
☎ 02.31.69.02.36

IDENTIFICATION DU PATIENT

NOM ET PRENOM : _____

Sexe : M F

+ TRANSMETTRE AUTORISATION PARENTALE

Si autorisation parentale non transmise → COMPLETER LES INFOS SUIVANTES :

Adresse : _____

NOM DE NAISSANCE : _____

DATE DE NAISSANCE : ____ / ____ / ____

N° SECURITE SOCIALE : _____

Caisse primaire : _____

TELEPHONE PORTABLE : _____ (indispensable pour résultat sur internet)

TELEPHONE FIXE : _____ MAIL : -----

MEDECIN TRAITANT : _____ MEDECIN

PRESCRIPTEUR : _____

CONTEXTE DE LA DEMANDE D'EXAMEN (à renseigner impérativement, cocher ou entourer)

Enquête de dépistage en milieu scolaire → n° enquête : _____

Symptômes en cours ?

NON OUI, préciser : _____

Si OUI → Début des symptômes : jour même 2 à 4 jours 5 à 7 jours 8 à 15 jours > 15 jours Ne sait pas

Cas contact ?

NON OUI

Si OUI → Préciser si retour de voyage (Pays de provenance du contact) _____

Préciser la nature du lien (Famille, collègue...) _____

Voyage à l'étranger dans les 14 derniers jours

NON OUI

Si OUI → Pays de provenance : _____

PRELEVEMENT

Identification du préleveur ou de l'établissement de soins :

Prélèvement salivaire effectué le _____ à _____ h _____

RECEPTION AU LABORATOIRE (réservé au laboratoire)

Conformité des échantillons à la réception :

oui

non = → cf non-conformité

Initiales du vérificateur (ordo-enregistrement) :