|  |
| --- |
| ***FORMULAIRE DE PRE-ENREGISTREMENT A remplir INTEGRALEMENT***  |
| **A nous transmettre :****- Soit par mail à** **secretariat.altisbio@claude-bernard-albi.com****- Soit par votre venue directement au laboratoire** |
| ***Toute demande de prelevement au laboratoire doit etre validée par votre appel ou votre venue au laboratoire*** ***Date de RDV souhaitée :*** |

**Ecrire en MAJUSCULES :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOM** |  | **PRENOM** |  |
| **NOM DE NAISSANCE** |  | **Date de naissance** |  |
|  |  |  |  |
| **Adresse** |  |
| **Tél portable** |  | **Adresse mail** |  |

|  |
| --- |
| **Médecin prescripteur (ou médecin traitant) :** |

**Mentions essentielles pour permettre de vous contacter rapidement en cas de test positif et assurer un envoi rapide des résultats**

**Numéro de sécurité sociale** : **| \_ | \_ | \_ | \_| \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |**

**Caisse de Sécurité sociale : CPAM MSA Autre**

 **ET préciser lieu de la caisse :**

|  |
| --- |
| **Renseignements liés à la demande du test PCR** |

**Avec ou sans ordonnance ?** Oui Non

**Sujet ayant été en contact avec une personne COVID + ?** Oui Non

**Bilan pré opératoire ( Date d’intervention : ……………………)** Oui Non

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Hébergement ? :** Individuel Privé Collectif

**Personnel soignant ? :** Oui Non

**Symptomatique ? :** Oui Non

Depuis combien de temps ? ………………………………………………………

**Si vous avez voyagé à l’étranger dans les 14 jours précédents le prélèvement merci de préciser pays :**

|  |
| --- |
| **Si prélèvement non réalisé par le laboratoire Altisbio :** Date et heure du prélèvement : Identité du préleveur : |