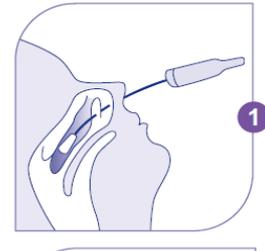


PRELEVEMENT NASOPHARYNGE POUR RECHERCHE DE COVID-19

- Mettre une surblouse, un masque FFP2, des lunettes de protection. Se laver les mains à la solution hydro alcoolique avant de mettre la première paire de gants.
- Emmener des gants, un kit de prélèvement adéquat, des lingettes désinfectantes.
- Identifier le tube.
- Mettre la deuxième paire de gants et procédez au prélèvement :

- Maintenir la tête du patient inclinée en arrière
- **Insérer l'écouvillon dans la narine**, et le pousser délicatement le plus loin possible, parallèlement au palais (*cf. schéma 1*)
- **Le laisser en place quelques secondes** puis le retirer lentement en lui imprimant un léger mouvement rotatif



- **L'écouvillon** est ensuite **plongé** dans le milieu de transport
- **Bien décharger** l'écouvillon dans le milieu de transport puis **retirer** l'écouvillon et l'éliminer dans les déchets à risque infectieux

- Passer une lingette désinfectante sur le tube.
- Laisser tomber le tube dans le sachet de transport avec absorbant et refermer le sachet.
- Oter la deuxième paire de gants et la jeter dans la poubelle jaune avec la lingette désinfectante.
- Mettre **cette fiche remplie au dos** dans la poche extérieure du sachet.
- Conserver le prélèvement entre 2 et 8°C avant de le transmettre au laboratoire.
- Après les prélèvements, désinfecter les lunettes en les aspergeant de désinfectant en spray (temps de contact doit être de 15 minutes). Procédez ensuite au déshabillage en prenant soin de terminer par les gants puis une friction avec de la solution hydroalcoolique.

NB : En cas de non prise en charge par la sécurité sociale :

Merci de remplir la partie spécifique au verso.

Prendre un nouveau sachet à usage unique (sur demande par commande) :

1. Glisser le 1^{er} sachet sceller comprenant le prélèvement
2. Puis le règlement
3. Sceller le second sachet.

Questionnaire au verso à remplir impérativement

Tutoriel vidéo sur le site bioxa.fr – Espace Pro.



Fiche de renseignements cliniques – COVID-19

(Prélèvements extérieurs)

PATIENT :

Nom d'usage : Prénom :

Nom de naissance : Date de naissance : / / Sexe : M F

Adresse : Ville :

Téléphone portable (**obligatoire**, personne de confiance si le patient n'en a pas) :

Adresse mail **en MAJUSCULE** :

N° SS : Caisse SS :

Pour les mineurs :

Nom et Prénom du parent assuré : Date de naissance du parent :/...../.....

Examen demandé par : Médecin traitant si différent :

Hospitalisation/rendez-vous médical prévu(e) (<72 heures)? OUI Si oui, **date** :/...../..... NON

Le patient est-il un professionnel travaillant dans la santé ou en collectivité : OUI NON

Si OUI, Professionnel soignant Personnel travaillant en hébergement collectif

Mode d'hébergement : Logement individuel Hospitalisé Résident EHPAD
Milieu carcéral Autre structure d'hébergement collectif

Séjour récent à l'étranger ? : OUI → Si oui : Date de retour :/...../..... Pays : NON

Date(s) de vaccination le cas échéant : / / et / /

DEBUT DES SYMPTOMES :

Aucun symptôme Aujourd'hui ou hier 2 à 4 jours 5 à 7 jour

8 à 14 jours entre 15 et 28 jours plus de 4 semaines Ne sait plus

Test Antigénique POSITIF (<48 heures): OUI → Si Oui à quelle date : / / NON

Test COVID par PCR : RT-PCR jamais réalisé RT-PCR positive RT-PCR négative

Informations sur vos résultats : Conformément aux directives nationales du Ministère de la Santé, le résultat de votre dépistage de COVID-19 sera automatiquement communiqué aux instances publiques (Agences Régionales de Santé, organismes d'Assurance Maladie, Santé Publique France) pour la réalisation d'enquêtes sanitaires (**système SI-DEP**). Pour plus d'informations, nous vous invitons à consulter le site du ministère de la santé :

- Informations sur ce dispositif <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-infectieuses/coronavirus/tout-savoir-sur-le-covid-19/article/contact-covid-si-dep>
- Pour exercer vos droits <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/article/donnees-personnelles-et-cookies>.

PRELEVEMENT :

Nom et prénom du Préleveur : Date et Heure de Prélèvement :

Adresse : Le : / /

Téléphone (si remplaçant) : A : h

Souhaitez-vous un accusé de réception en cas de règlement transmis avec le prélèvement : OUI NON

Identité vérifiée sur pièce valide pour Mineur Cas contact (CPAM ou ARS) par sms ou mail Dépistage massif feuille transmise
Certificat de contre-indication transmis Test Antigénique Positif (<48h) transmis QR-CODE conforme (TAC vérif+)

REGLEMENT (pour les cas non pris en charge selon la sécurité sociale Française) :

Je soussigné(e) Mr / Mme confirme avoir transmis mon règlement de **36 euros** avec mon prélèvement à la SELAS BIOXA :

Espèces faire l'appoint ⚠ **obligatoire pour les patients étrangers**

Chèque (compte Français obligatoirement)

Règlement reçu et traité par la secrétaire du laboratoire :

Initiales :

Cachet du laboratoire BIOXA :