Feuille de demande d'examen
TEST SALIVAIRE COVID-19
Etablissements scolaires

Etiquette dossier
Cadre réservé au laboratoire

IX-MU-CLI 051 01

Cette fiche est à compléter et placer dans la poche externe du sachet.

Prélèvement réalisé le ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ à : ⌊_⌋⌊_⌋ h ⌊_⌋⌊_⌋

Nom de l'Etablissement : .....

Classe : .....

Patient(e) Sexe : ☐ Homme ☐ Femme

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋

Téléphone portable : ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋

N° Sécurité Sociale : ⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋

Caisse de SS (préciser ville) : .....

Prescripteur : AMELIDEP