



Pour pouvoir être traité, tout prélèvement doit être accompagné de ce bordereau
Complété intégralement **EN LETTRE MAJUSCULE**

- **CENTRE PRELEVEUR** : Centre Covid – CHRU Nancy - Nomadlab Site :
- **N° CAMPAGNE ARS** (ex : IFF-Ae-00003) :
- **Date et heure de prélèvement** :
- **MEDECIN TRAITANT**

TEST ANTIGENIQUE
(si effectué sur site)

RESULTAT :

NOM – Prénom :

Adresse postale :

RPPS :

Mail et/ou téléphone (**obligatoire**) :

- **IDENTITE DU PATIENT**

Nom de **NAISSANCE (obligatoire)** :

Date de naissance :

Nom **USUEL** :

Prénom :

Sexe :

Adresse :

Code postal :

Tel mobile (obligatoire pour résultat) :

Localité :

Email (obligatoire pour résultat) :

Numéro Sécurité Sociale :

Renseignements cliniques : A REMPLIR IMPERATIVEMENT

- **Date d'apparition des premiers symptômes :**

Sans symptômes

Ancien (supérieur à 14 jours)

Récent (inférieur à 5 jours)

Inconnu

Intermédiaire (entre 5 et 14 jours)

Cas contact

- **Typologie du patient**

Maison individuelle/Appartement

Résident EHPAD

Patient hospitalisé

En détention

Autre cas

Situation non connue

Chirurgie prévue le :

Voyage prévu le :

Personnel de santé/médico-social :

Oui

Non

Ne sait pas

- **Provenance du patient**

Département temporaire

Pays temporaire

Code postal temporaire

Pays de provenance :

- **Consentement pour portail résultat :**

Consentant

Non consentant