



IDENTIFICATION PATIENT

NOM marital ou d'usage : Prénom :

☐ Homme ☐ Femme ☐ Enfant ☐ ♀ ☐ ♂

NOM de naissance : Né(e) le : / /

Adresse : Code postal : Ville :

Téléphone : Téléphone mob :

Médecin prescripteur : Médecin traitant :

CONSENTEMENT PARENTAL

Je soussigné : accepte que mon enfant

effectue un recueil salivaire en vue d'un dépistage de la Covid-19. Signature :

L'ASSURÉ (E)

N° de sécu : Nom caisse :

PRÉLÈVEMENT SALIVAIRE (Ne pas avoir mangé, bu ou fumé depuis 30 min)

Date : Heure : Température de conservation : ☐ <5h à T °C ambiante

Comment effectuer le prélèvement salivaire



- Cracher dans le pot jusqu'à ce que la quantité de salive atteigne le niveau indiqué sur l'image. Il est recommandé de «saliver» plusieurs fois pendant 30 secondes afin de recueillir un volume de salive suffisant. La crachats doit se faire sans effort de toux ni de raclement de gorge.
- Vérifier que le bouchon soit correctement fermé.



- Décontaminer le pot à l'aide d'une lingette virucide.
- Identifier le flacon.

Transmission de l'échantillon



- Placer l'échantillon dans le sachet prévu à cet effet. Le délai d'acheminement ne doit pas excéder 5h sinon le prélèvement doit être conservé à 4 °C.

ENQUÊTE SANITAIRE

 Lieu de résidence : ☐ Résident EHPAD ☐ Résident autre structure d'hébergement collectif
☐ Hébergement individuel ☐ En milieu carcéral ☐ Hôpital
Professionnel de santé : ☐ OUI ☐ NON
 Date d'apparition des symptômes (Par rapport date du prélèvement) :
 Dépistage systématique ☐ 8 à 15 jours avant ☐ + de 15 jours avant ☐
 Pas de symptômes ☐ Le jour ou la veille ☐
 2 à 4 jours avant ☐ 5 à 7 jours avant ☐

TRANSMISSION DES RÉSULTATS

☐ Mail : ☐ A poster

RÉSERVÉ AU LABORATOIRE

Réceptionné par / heure :

Conformité : ☐ NON FNC/NC :

Vérifié par / heure :