

La collecte des informations ci-dessous est indispensable à l'enregistrement réglementaire de votre dossier.

Date de saisie du formulaire : Nom usuel :

Prénom : Sexe : M F

Nom de naissance : Date de Naissance :

Adresse de résidence actuelle :

Code postal : Ville :

Téléphone mobile ou, à défaut, celui d'un proche de confiance ou tel fixe :

Adresse mail personnelle ou proche de confiance :

Numéro de sécurité sociale : CPAM MSA Autre :

Médecin traitant (ou prescripteur) : Si ordonnance date :

Cadre de réalisation du test :

Je dispose d'une prescription médicale pour réaliser un test RT-PCR

Enquête autour d'un cas positif confirmé : Date du dernier contact

Campagne DGS/ARS : numéro de campagne :

Voyage (<14jours) : Pays de retour de voyage :

Demande spontanée

Auto test ou Test Antigénique +

Autre, précisez :

Vaccination contre le COVID Oui Non **Grippe saisonnière** Oui Non

Maladie chronique : Aucune Diabète Cardio vasculaire Respiratoire Immunodépression

Autre :

Type d'hébergement : Individuel (familial) Collectif (Hôpital, EHPAD...,) précisez :

Professionnel de santé : Non Oui, précisez :

Date d'apparition des symptômes avant le prélèvement : Aucun symptôme Ce jour ou la veille 2 à 4 jours

5 à 7 jours entre 8 et 14 jours entre 15 et 28 jours plus de 4 semaines

Si symptômes : Signes respiratoires Signes digestifs Syndrome Grippal Autres :

Un test RT PCR COVID 19 a-t-il déjà été réalisé ? : Non Oui Date :

Transmission des résultats sur internet, je consulte mes résultats sur www.labo-sylab.fr via le serveur sécurisé mySYNLAB (conditions exposées dans ce document : [cllic](#)).

Oui, je possède déjà un compte mySYNLAB et un identifiant commençant par "152"xxxxxxxxxx

Oui, je crée mon compte avec l'identifiant présent sur mon dernier compte rendu de résultats du laboratoire SYLAB (en haut à gauche sous le numéro de demande)

Oui, je souhaite créer mon compte, veuillez m'envoyer mon identifiant par mail

Non, mon résultat sera posté, le laboratoire sera dans l'incapacité de me fournir mes résultats dans les délais impartis

Prélèvement (à renseigner si préleveur externe au laboratoire) : Nom

Date/H :

Commentaire

- Nasopharyngé (NSP)** **OU**
 Salive (contre-indication Prél.Nasopharyngé)