

# LBM Canarelli-Colonna-Fernandez

Préconisations pour un prélèvement nasopharyngé réalisé pour la recherche de SARS Cov-2 par RT-PCR – IT-MU2-019-04

*Fiche à remettre au laboratoire avec les échantillons et la fiche de suivi médical*

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : ..... Sexe : .....

Adresse : .....

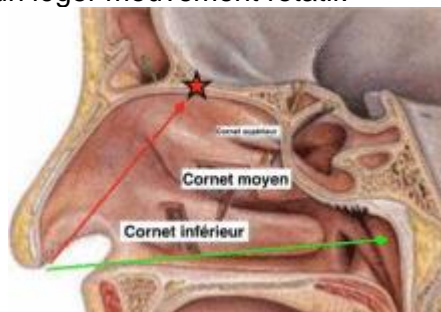
**Obligatoire :** **N° de téléphone :** ..... **Mail :** .....

N° de sécurité sociale : .....

Prélèvement nasopharyngé réalisé pour la recherche de SARS Cov-2 par RT-PCR

Modalités de prélèvement : Cf. [MT-MU3-033 « Prélèvement nasopharyngé pour le diagnostic de COVID-19 »](#).

- Insérer l'écouvillon dans une narine, et le pousser délicatement parallèlement au palais pour atteindre la queue du cornet inférieur (cf. schéma). **EN AUCUN CAS NE DEVIER L'ÉCOUVILLON VERS LE HAUT.** Le laisser en place quelques secondes puis le retirer lentement en lui imprimant un léger mouvement rotatif.



La flèche verte quasi horizontale indique le trajet que doit effectuer l'écouvillon

- En cas d'obstruction nasale, choisir la narine opposée.
- L'écouvillon est ensuite plongé dans le milieu de transport : casser la tige manuellement pour permettre la fermeture étanche du bouchon.

## **Informations indispensables :**

**1/ Lieu de résidence du patient :**  Hébergement Individuel  Hospitalisé

Résident EHPAD  Milieu Carcéral  Autre structure d'hébergement collectif

**2/ Le patient est un personnel de santé ou médico-social :**  Oui  Non

**3/ Pays de résidence principale :**  France  Autre : .....

**4/ Raison du dépistage :**

Symptômes :  Oui /  Non ;

Date d'apparition :

le jour ou la veille du prélèvement

2, 3 ou 4 jours avant le prélèvement

5, 6 ou 7 jours avant le prélèvement

entre 8 et 14 jours avant le prélèvement

entre 15 et 28 jours avant le prélèvement

plus de 4 semaines avant le prélèvement

Cas contact.

Suite à un autotest positif.

Bilan avant intervention médicale : Date d'intervention : .....

Voyage ; Date de départ : .....

**Identifiez les échantillons** avec le nom, prénom et date de naissance ou

Étiquettes N° unique

**Merci de renseigner les informations ci-dessous**

**ID Préleveur :**

**Date du recueil :**

**Heure du recueil**

**Nom du médecin traitant en cas de demande sans prescription médicale :**

## **Information sur le rendu des 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 les outils numériques : <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-infectieuses/coronavirus/tout-savoir-sur-la-covid-19/article/contact-covid-et-si-dep-les-outils-numeriques-du-depistage-covid-19> .

• Informations sur vos droits : <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/article/donnees-personnelles-et-cookies>.