

DEPISTAGE MPOX VIRUS

OBLIGATOIRE

Coordonnées patient(e)

Nom, Prénom:

Date de naissance: JJ / MM / AAAA Sexe: F M

Adresse:

Département:

N° tel patient (OBLIGATOIRE):

N° GSM patient (OBLIGATOIRE):

OBLIGATOIRE

Date de demande: JJ / MM / AAAA

Cachet et signature prescripteur:

Copie à: Copie patient

Je soussigné, déclare que les analyses marquées [Δ] sont en accord avec les règles de remboursement liées à un contexte clinique précis

OBLIGATOIRE

Date et heure de prélèvement : JJ / MM / AAAA HH H MM

OBLIGATOIRE

Prélevé par :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES (OBLIGATOIRES POUR LE REMBOURSEMENT)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="radio"/> RC65 Date de début des symptômes : | <input type="radio"/> RC11 Contact avec cas confirmé | <input type="radio"/> RCPDF Autres: |
| <input type="radio"/> RC07 Fièvre : °C | <input type="radio"/> RC21 Evènement à risque | |
| <input type="radio"/> RC54 Céphalées | <input type="radio"/> RC18 Séjour à l'étranger | |
| <input type="radio"/> RC55 Myalgie | pays : | |

HOR-PDH-SCH

AND

FROTTIS DE GORGE

830
+ PCR_MONKPOX

BG_FG
+ PCR_MONKPOX

FROTTIS DE VÉSICULE

874
+ PCR_MONKPOX

BG_FPLV
+ PCR_MONKPOX

PRÉCISEZ LOCALISATION :

.....
.....

SANG EDTA (APRÈS CONTACT
LABO UNIQUEMENT 02.435.20.51)

858
+ PCR_MONKPOX

BG_SGE
+ PCR_MONKPOX