



Laboratoire BIOCENTRE
121 rue des Francs
59200 Tourcoing
ERECH037 Version 5

Fiche de liaison pour les prélèvements COVID par PCR

Nom d'usage :

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance : H F

Adresse :

CP / ville :

N° mobile (à défaut tél fixe) :

E-mail (**MAJUSCULES**) :

OBLIGATOIRE N° Sécu de l'assuré (15 chiffres) :

Caisse : Roubaix Tourcoing Lille Douai MSA MGEN Autre :

Si le patient n'est pas l'assuré, nom, prénom et date de naissance de l'assuré :

.....

Nom et prénom du médecin traitant :

Ville du médecin traitant :

Avez-vous des symptômes ? (*fièvre, toux, perte de goût / d'odorat...*) Oui Non

Si vous avez des symptômes, notez depuis combien de temps : jours

Êtes-vous : Professionnel de santé ? Oui Non Cas contact ARS ? Oui Non

Revenez-vous d'un pays étranger depuis moins de 14 jours ? Oui Non

Si oui, de quel pays (**OBLIGATOIRE**) :

Est-ce un prélèvement pré opératoire ? Oui Non Date :

Si oui, lieu : Clinique : Victoire St Roch Louvière Clinique de V d'Ascq

Hopital : CHR de Lille CH Dron Autre

Nom et téléphone du préleveur (**OBLIGATOIRE**) :