

PROTOCOLE TEST DE DEPISTAGE COVID-19 : RECUEIL SALIVAIRE POUR RT-PCR

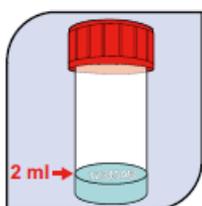
Le test salivaire est dédié :

- Aux dépistages de masse organisés pour les établissements scolaires par l'ARS.
- Aux personnes pour lesquelles le prélèvement nasopharyngé est **MEDICALEMENT contre-indiqué, avec prescription en attestant** (déviation, opération récente, risque de saignement +++).

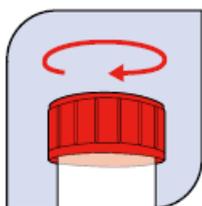


Le prélèvement doit être réalisé plus de 30 minutes après la dernière prise de boisson, d'aliment, de chewing-gum, de cigarette / e-cigarette, d'un brossage des dents ou d'un rinçage bucco-dentaire.

PRELEVER LA SALIVE



- 1 Cracher dans le pot jusqu'à ce que la quantité de liquide (et non pas des bulles) atteigne le niveau indiqué sur l'image (flèche rouge au niveau des chiffres gravés). Le crachat doit impérativement être fait sans effort de toux ni de raclement de gorge. Il est recommandé de recueillir le liquide salivaire après avoir « salivé » plusieurs fois pendant 30 secondes dans la bouche pour générer un certain volume. Le crachat peut être réalisé à n'importe quel moment de la journée.



- 2 Fermer hermétiquement le bouchon rouge.



- 3 L'échantillon prélevé est potentiellement infectieux et doit être manipulé selon les principes de biosécurité adaptés. Décontaminer le pot à l'aide d'une lingette virucide.

RENSEIGNER LES INFORMATIONS PATIENT



- 4 Renseigner le nom du patient, son prénom, sa date de naissance et la date du prélèvement sur l'étiquette blanche prévue à cet effet. Utiliser de préférence un feutre indélébile.

Puis coller l'étiquette sur le pot.

Transmettre aussitôt le prélèvement au laboratoire.

NB : En cas de non prise en charge par la sécurité sociale :

Merci de remplir la partie spécifique au verso.

Prendre un nouveau sachet à usage unique (sur demande par commande) :

1. Glisser le 1^{er} sachet sceller comprenant le prélèvement
2. Puis le règlement
3. Sceller le second sachet.

Questionnaire au verso à remplir impérativement



Fiche de renseignements cliniques – COVID-19

(Prélèvements extérieurs)

PATIENT :

Nom d'usage : Prénom :
Nom de naissance : Date de naissance : / / Sexe : M F
Adresse : Ville :
Téléphone portable (**obligatoire**, personne de confiance si le patient n'en a pas) :
Adresse mail **en MAJUSCULE** :
N° SS : Caisse SS :

Pour les mineurs :

Nom et Prénom du parent assuré : Date de naissance du parent :/...../.....

Examen demandé par : Médecin traitant si différent :
Hospitalisation/rendez-vous médical prévu(e) (<72 heures) ? OUI Si oui, **date** :/...../..... NON
Le patient est-il un professionnel travaillant dans la santé ou en collectivité : OUI NON
Si OUI, Professionnel soignant Personnel travaillant en hébergement collectif
Mode d'hébergement : Logement individuel Hospitalisé Résident EHPAD
Milieu carcéral Autre structure d'hébergement collectif
Séjour récent à l'étranger ? : OUI → Si oui : Date de retour :/...../..... Pays : NON
Date(s) de vaccination le cas échéant : / / et / /

DEBUT DES SYMPTOMES :

Aucun symptôme Aujourd'hui ou hier 2 à 4 jours 5 à 7 jour
 8 à 14 jours entre 15 et 28 jours plus de 4 semaines Ne sait plus
Test Antigénique POSITIF (<48 heures) : OUI → Si Oui à quelle date : / / NON
Test COVID par PCR : RT-PCR jamais réalisé RT-PCR positive RT-PCR négative

Informations sur vos 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 ce dispositif <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-infectieuses/coronavirus/tout-savoir-sur-le-covid-19/article/contact-covid-si-dep>
- Pour exercer vos droits <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/article/donnees-personnelles-et-cookies>.

PRELEVEMENT :

Nom et prénom du Préleveur : Date et Heure de Prélèvement :
Adresse : Le : / /
Téléphone (si remplaçant) : A : h
Souhaitez-vous un accusé de réception en cas de règlement transmis avec le prélèvement : OUI NON
Identité vérifiée sur pièce valide pour Mineur Cas contact (CPAM ou ARS) par sms ou mail Dépistage massif feuille transmise
Certificat de contre-indication transmis Test Antigénique Positif (<48h) transmis QR-CODE conforme (TAC vérif+)

REGLEMENT (pour les cas non pris en charge selon la sécurité sociale Française) :

Je soussigné(e) Mr / Mme confirme avoir transmis mon règlement de **36 euros** avec mon prélèvement à la SELAS BIOXA :

- Espèces faire l'appoint** ⚠ **obligatoire pour les patients étrangers**
 Chèque (compte Français obligatoirement)

Règlement reçu et traité par la secrétaire du laboratoire :

Initiales :

Cachet du laboratoire BIOXA :