



Prélèvement salivaire par Lollisponge™

A - Avant le prélèvement :

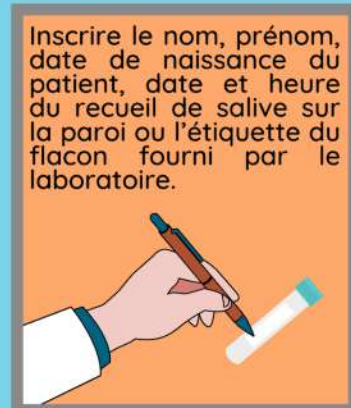
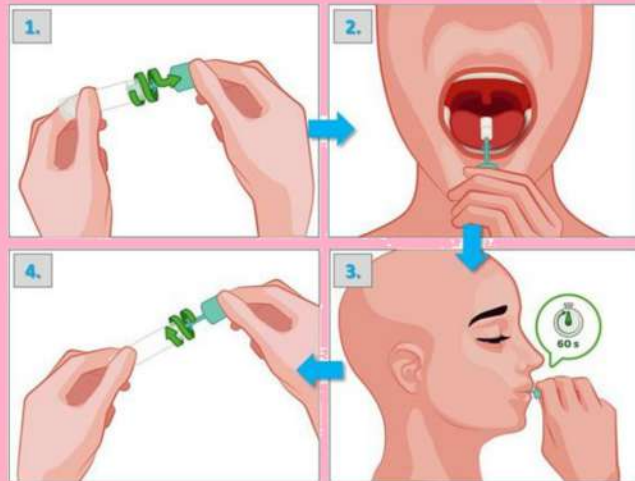
Impératif d'être à jeun strict 30 minutes avant l'examen

- Pas de boisson, d'aliments
- Pas de tabac, de vapotage
- Pas de brossage des dents ni rinçage de bouche

B - Prélèvement :



- Ouvrir le tube Lollisponge™ en maintenant le dispositif (« la sucette ») par le bouchon puis l'insérer dans la bouche.
- Le déplacer délicatement à l'intérieur de la bouche (partie supérieure de la langue et entre les dents et la joue) pendant 60 secondes de façon à bien humidifier les éponges.
- Placer « la sucette » dans le tube Lollisponge puis le refermer en vissant fermement.



C - Transport :

Apporter le prélèvement au laboratoire le plus rapidement possible (dans la demi-journée).





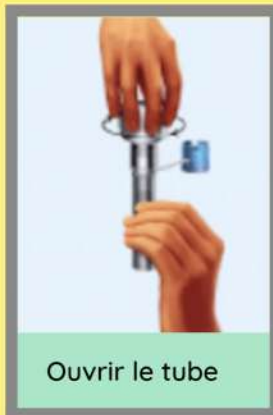
Prélèvement salivaire à l'aide d'un entonnoir

A - Avant le prélèvement :

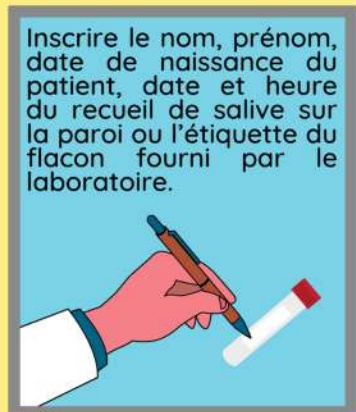
Impératif d'être à jeun strict 30 minutes avant l'examen

- Pas de boisson, d'aliments
- Pas de tabac, de vapotage
- Pas de brossage des dents ni rinçage de bouche

B - Prélèvement :



Attention! Ne pas boire de liquide contenu dans le tube.



C - Transport :

Apporter le prélèvement au laboratoire le plus rapidement possible (dans la demi-journée).





Prélèvement salivaire dans un pot stérile

A - Avant le prélèvement :

Impératif d'être à jeun strict 30 minutes avant l'examen

- Pas de boisson, d'aliments
- Pas de tabac, de vapotage
- Pas de brossage des dents ni rinçage de bouche

B - Prélèvement :



Déposer la salive dans le pot.

Volume minimum 1mL (la salive doit recouvrir complètement le fond du pot).

Après réalisation du prélèvement, fermer le flacon.



Désinfecter l'extérieur du pot avec un produit virucide (type éthanol, désinfectant des surfaces).



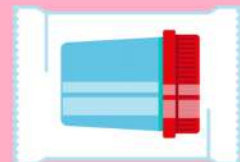
Inscrire le nom, prénom, date de naissance du patient, date et heure du recueil de salive sur la paroi ou l'étiquette du pot fourni par le laboratoire.



Placer le pot dans le sachet plastique fourni par le laboratoire.



Fermer le sachet



C - Transport :

Apporter le prélèvement au laboratoire le plus rapidement possible (dans la demi-journée).





DEPISTAGE DU COVID-19 PAR RT-PCR

Date de Prélèvement :	Heure :	Nom du préleveur :	<input type="checkbox"/> Salivaire <input type="checkbox"/> Nasopharyngé
-----------------------	---------	--------------------	---

Prise en charge :

Documents à transmettre au labo avec le prélèvement

<input type="checkbox"/> Payant	<input type="checkbox"/> Règlement de la part Laboratoire pour un montant de 34.29€	<input type="checkbox"/> Chèque
<input type="checkbox"/> Gratuit	<input type="checkbox"/> Patients symptomatiques ou intervention médicale ⇒ avec prescription médicale datant de – de 48h ou mentionnant le délai de réalisation du test ou convocation dans l'établissement de soins	<input type="checkbox"/> Prescription médicale
	<input type="checkbox"/> Contre-indication à la vaccination	<input type="checkbox"/> Certificat Médical
	<input type="checkbox"/> Elèves cas contacts > 18 ans	<input type="checkbox"/> Courrier de l'Education Nat.
	<input type="checkbox"/> Confirmation d'un Test Antigénique (TAG) positif ou autotest supervisé	<input type="checkbox"/> Document de TAG + de moins de 48h (fourni par le pharmacien)
	<input type="checkbox"/> Mineur : attestation du contrôle visuel fait de la pièce justifiant de l'âge	
	<input type="checkbox"/> Personnes vaccinées : attestation du contrôle visuel fait du certificat de vaccination (papier ou QR code)	
	<input type="checkbox"/> Certificat de rétablissement : attestation du contrôle visuel fait du test positif de plus de 11 jours et - de 4 mois	
	<input type="checkbox"/> Cas contact : attestation du contrôle visuel fait du sms ou mail de l'Assurance Maladie	
<input type="checkbox"/> Non assurés sociaux Français ou résidents français : attestation du contrôle visuel fait justificatifs		

Coordonnées du Patient : (Renseignements obligatoires *)

Nom d'usage *:	Date de Naissance* :
Nom de naissance* :	Sexe* : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
Prénom *:	<input type="checkbox"/> Je suis professionnel de santé
Numéro de sécurité sociale <u>de l'assuré*</u> : _____	
Adresse mail *:	Téléphone portable*:

Informations sur l'hébergement :

<input type="checkbox"/> Hébergement Individuel	<input type="checkbox"/> Hôpital	<input type="checkbox"/> EHPAD	<input type="checkbox"/> Autre hébergement collectif
Adresse :		Téléphone :	
Code Postal :	Commune :	-----	

Votre médecin traitant :

Nom :	Prénom :	Commune :
-------	----------	-----------

Informations dépistage : (Symptômes possibles : perte de l'odorat, du goût, fièvre, toux, courbatures ...)

<input type="checkbox"/> Symptomatique avec ordonnance	<input type="checkbox"/> Cas contact CPAM
<input type="checkbox"/> J'ai des symptômes depuis 2, 3 ou 4 jours	<input type="checkbox"/> Je n'ai pas de symptômes
<input type="checkbox"/> J'ai des symptômes depuis 5, 6 ou 7 jours	<input type="checkbox"/> Bilan préopératoire
<input type="checkbox"/> J'ai des symptômes depuis 8 à 15 jours	<input type="checkbox"/> Autre (préciser) :
<input type="checkbox"/> J'ai des symptômes depuis plus de 2 semaines	<input type="checkbox"/> Test antigénique positif
<input type="checkbox"/> J'ai séjourné récemment en zone sensible : (Royaume Uni, Afrique du Sud, Nigéria, Brésil, Botswana, Eswatini, Lesotho, Mozambique, Namibie, Zimbabwe)	

Consentement du représentant légal pour patient mineur : Je soussigné

(NOM/Prénom)....., parent ou autre responsable légal, consens à la réalisation de test RT PCR chez mon enfant. Je suis informé que je peux retirer mon consentement à tout moment.

Signature :