



FORMULAIRE DE PRE-ENREGISTREMENT A remplir INTEGRALEMENT

A nous transmettre :

- Soit par mail à secretariat.altisbio@claudes-bernard-albi.com
- Soit par votre venue directement au laboratoire

Toute demande de prélèvement au laboratoire doit être validée par votre appel ou votre venue au laboratoire

Date de RDV souhaitée :

Ecrire en MAJUSCULES :

NOM		PRENOM	
NOM DE NAISSANCE		Date de naissance	

Adresse			
Tél portable		Adresse mail	

Médecin prescripteur (ou médecin traitant) :

Mentions essentielles pour permettre de vous contacter rapidement en cas de test positif et assurer un envoi rapide des résultats

Numéro de sécurité sociale : | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _

Caisse de Sécurité sociale : ☐ CPAM ☐ MSA ☐ Autre

ET préciser lieu de la caisse :

Renseignements liés à la demande du test PCR

Avec ou sans ordonnance ? Oui ☐ Non ☐

Sujet ayant été en contact avec une personne COVID + ? Oui ☐ Non ☐

Bilan pré opératoire (Date d'intervention :) Oui ☐ Non ☐

Hébergement ? : Individuel Privé ☐ Collectif ☐

Personnel soignant ? : Oui ☐ Non ☐

Symptomatique ? : Oui ☐ Non ☐

Depuis combien de temps ?

Si vous avez voyagé à l'étranger dans les 14 jours précédents le prélèvement merci de préciser pays :

Si prélèvement non réalisé par le laboratoire Altisbio :

Date et heure du prélèvement :

Identité du préleveur :