

**INDICATION DU TEST : ce prélèvement est réservé**

- ✓ Aux patients SYMPTOMATIQUES jusqu'à 7 jours après l'apparition des symptômes et aux personnes-contacts, lorsque le prélèvement nasopharyngé est difficile ou impossible.
- ✓ Aux enfants de moins de 5 ans



**NE PAS boire, manger, fumer (cigarette ou e-cigarette), se brosser les dents ou utiliser un bain de bouche AU MOINS 30 MINUTES avant le test**



**COMMENT EFFECTUER LE RECUEIL**

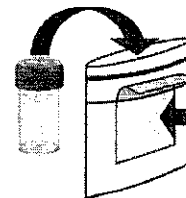
1. Se laver soigneusement les mains au savon ou au gel hydro alcoolique
2. Ouvrir le flacon et poser le couvercle (intérieur du couvercle vers le haut)
3. **Sans effort de toux ni de raclement de gorge, saliver plusieurs fois pendant 30 secondes dans la bouche puis cracher la salive dans le flacon à bouchon rouge de façon à remplir environ 1 cm**
4. Refermer le flacon en vissant bien le couvercle
5. Se relaver les mains au savon ou au gel hydro alcoolique
6. Nettoyer le flacon avec une solution désinfectante
7. Identifier le flacon en notant **Nom, Prénom, Date de naissance**

**EMBALLAGE DU RECUEIL ET ACHEMINEMENT AU LABORATOIRE**

- ✓ Mettre le flacon dans le sachet de prélèvement à usage unique et le fermer.
- ✓ Mettre cette feuille complétée dans le rabat du sachet.



**Déposer le sachet au laboratoire dans les 2 heures qui suivent le recueil en gardant le prélèvement à température ambiante**



**METTRE LE DOCUMENT DANS LA POCHE EXTERIEURE (PAS AVEC LE FLACON DANS LA POCHE)**

**PATIENT :**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Nom de naissance : \_\_\_\_\_  
 Né(e) le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexe : F  M   
 N° tél (mobile de préférence) : \_\_\_\_\_  
 Adresse mail : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_

**ASSURE :**

Nom : \_\_\_\_\_  
 Prénom : \_\_\_\_\_  
 Né(e) le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 N° SS : \_\_\_\_\_  
 Caisse : \_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :**

Date de début des symptômes : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Fièvre (plus de 38 °C) ?  OUI  NON  
 Céphalées ?  OUI  NON  
 Fatigue intense ?  OUI  NON  
 Toux ?  OUI  NON  
 Signes d'insuffisance ou de détresse respiratoire ?  OUI  NON  
 Si oui, préciser : \_\_\_\_\_  
 Perte d'odorat et/ou de goût ?  OUI  NON  
 Douleurs musculaires / articulaires ?  OUI  NON  
 Signes digestifs, douleurs abdominales, diarrhée ?  OUI  NON  
 Prise d'antiviraux ?  OUI  NON  
 Voyage à l'étranger dans les 14 jours précédents le prélèvement ou les symptômes, ou contact à risque avec une personne ayant séjourné à l'étranger dans les 14 derniers jours ?  OUI  NON  
 Si oui, pays de provenance : \_\_\_\_\_  
 Autre (préciser) : \_\_\_\_\_

**PRELEVEMENT : Préleveur : \_\_\_\_\_**

Date et Heure du recueil : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ à \_\_\_\_h \_\_\_\_

Conditions de prise en charge à 100 % de la PCR respectées ?

OUI\*  NON

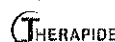
↳ Informer le patient du coût hors-nomenclature de l'examen : **40 €**

**Conditions de prise en charge à 100 % de la PCR :**

- Schéma vaccinal complet
- Contre-indication à la vaccination
- Mineurs
- Personnes identifiées dans le cadre du contact-tracing fait par l'Assurance maladie
- Campagnes de dépistage collectif, organisées par les Agences régionales de santé ou au sein des établissements de l'éducation nationale par exemple
- Prescription médicale de moins de 48h (sauf intervention) et non renouvelable
- Certificat de rétablissement de moins de 6 mois
- Test antigénique positif de moins de 48h

**\* Preuve présentée :**

- Certificat de vaccination, de contre-indication vaccinale ou de rétablissement, sous forme de QR-Code (papier ou numérique par exemple via l'application TousAntiCovid)
- Pièce d'identité pour les mineurs
- Justificatif de contact à risque (mail ou SMS) envoyé par l'Assurance maladie pour une prise en charge au 1<sup>er</sup> et au 7<sup>ème</sup> jour
- Prescription médicale délivrée par un médecin ou une sage-femme. En prévision d'une prise en charge médicale dans un établissement de santé (intervention, hospitalisation), la prescription devra préciser la date de l'intervention afin que le test puisse être réalisé en amont de cette prise en charge, dans un délai compatible avec la durée de validité du test.
- Justificatif de TAG positif de moins de 48 h sous forme de QR Code (papier ou numérique par exemple via l'application TousAntiCovid)



**ESSAI CLINIQUE**

L'Institut Pasteur de Lille évalue l'efficacité du Clofoctol dans le traitement de la Covid-19 et recherche des patients de plus de 50 ans, non vaccinés, et positifs à la Covid-19. Si vous êtes dans ce cas à l'issue du test, acceptez-vous d'être recontacté(e) ?

OUI  NON