

Note d'information

décembre 2020



LIMETZ-VILLEZ

En accord avec l'ARS Ile de France (Agence Régionale de Santé), le laboratoire de Biologie Médicale Lab 78 de Limay ainsi que M. PINON et M. MEROUANE (infirmiers libéraux à Mantes-la-Jolie), la municipalité met en place un dispositif de dépistage Covid-19 dans la commune.

Si vous souhaitez prendre rendez-vous pour un dépistage par test PCR, veuillez contacter le 01 30 93 31 39.

Ce test est gratuit.

Vous trouverez au dos de cette note, un formulaire à remplir d'avance (en lettre majuscule) et à présenter lors de votre rendez-vous, avec votre carte vitale (+ 2 photocopies de votre carte vitale). Ce formulaire devra comporter impérativement votre numéro de sécurité sociale, votre numéro de téléphone et votre adresse mail (1 adresse par prélèvement).

Pour rappel, le port du masque est obligatoire.

Le Maire
Michel OBRY

Ordonnance jointe OU

RT-PCR SARS-CoV-2 SANS PRESCRIPTION selon arrêté du 24 juillet 2020

DATE DU PRELEVEMENT : ____/____/____

Etiquette patient

COORDONNEES DU PATIENT :

Nom (en majuscule) : _____

Nom de naissance (=nom de jeune fille) : (en majuscule) _____

Prénom(en majuscule) : _____

Date de naissance :/...../..... **Sexe :**.....

Adresse PERSONNELLE : Rue (en majuscule) _____

Code Postal : _____ **Ville** (en majuscule) :

Téléphone : **Fax :**

Mail PERSONNEL :

MEDECIN TRAITANT à contacter: _____ **code postal :****tel :** _____

NUMERO DE SECURITE SOCIALE : clé

CENTRE DE SECU (CPAM, MSA, MGEN, MCV PAP, SNCF + DEPARTEMENT)

CONTEXTE : COCHER LES CASES pour les items 1 à 6

1. **CONTACT** avec un cas **confirmé** COVID19 positif : **OUI** / **NON**

2. Premier diagnostic **OU** antécédant de PCR COVID positive

3. **Vous vivez :**

en résidence individuelle (maison, appartement)

en résidence COLLECTIVE (foyer, internat...)

4. **Vous êtes professionnel de santé :** **OUI** / **NON**

5. **SYMPTOMES :**

OUI depuis le/...../

NON

6. **SITUATION PARTICULIERE :**

VOYAGE : résultats en anglais : : **OUI** / **NON**

BILAN PRE OPERATOIRE

Patient Hospitalisé

Résident EHPAD

Patient de soins de suite et de Réadaptation

Autre :

Fait à : _____

Le : ____ / ____ / ____

Signature (Précédée de la mention « lu et approuvé »)

A REMPLIR PAR LE PREVEUR :

INITIALES du préleveur : _____ **date et heure** du prélèvement : _____

PCR ECOUVILLONAGE NASO PHARYNGE **PRISE DE SANG** POUR Sérologie SARS COV 2