

LABORATOIRE BOURGOGNE D'ANALYSES MEDICALES ET SCIENTIFIQUES

Adresse : 136, résidence Belhcen, Bd Bourgogne, Casablanca
Mail: lab.covid2020@gmail.com
Site web: www.labobourgogne.com

Fax: 0522208100
Tél: 0522208099 / 05 22 20 81 02

Formulaire de renseignements pour la réalisation d'un Examen virologique (PCR) ou sérologique concernant COVID-19 en laboratoire de biologie médicale

Avant de réaliser mon examen dans un laboratoire de biologie médicale, je pense à:

✓ Me munir d'une pièce d'identité/CIN

Mes informations d'identité et mes coordonnées de contact

Les champs munis d'une * sont obligatoires

Nom de naissance*:

Prénom*:

Date de naissance*: / /

Num CIN* :

Sexe*: Femme ☐ Homme ☐

Mon adresse de résidence principale* :

N° téléphone mobile*:

N° téléphone fixe*:

Courriel /Mail : @

La ou les raisons pour laquelle je me fais dépister*:

Je dispose d'une prescription médicale pour réaliser un test RT-PCR : Oui Non

J'ai des symptômes : (Entourez la réponse)

- * Perte de l'odorat * Perte du goût * Fièvre * Toux
- * Diarrhées * Fatigue * Autres
- J'ai fréquenté une personne COVID -19 positive
- Je dois bientôt rentrer à un établissement de travail/scolaire
- Je prends prochainement un transport pour lequel un test est exigé
- Je souhaite me faire dépister de ma propre initiative
- Je suis un professionnel intervenant dans le système de santé