

## Fiche de recueil salivaire PCR COVID 19

Dans le cadre de la surveillance de l'épidémie, le laboratoire, en collaboration avec les autorités sanitaires, a besoin de renseignements indispensables pour la bonne prise en charge de ces analyses, **merci de bien renseigner cette fiche**

### IDENTIFICATION PATIENT

- **ECRIRE EN MAJUSCULES SVP** -

Etiquette patient

Nom d'usage:.....

Nom de naissance :.....

Prénom :.....

Date de naissance :..... /..... /..... Sexe : F  M

N° sécurité sociale : \_ \_ \_ \_ \_ Caisse rattachement :.....

**Adresse** (résidence principale) :.....

PAYS : .....

**Lieu de résidence** :  Individuel ( Maison, appartement,...)  collectif (foyer...)  hospitalisé

**Etes-vous un professionnel de santé** :  NON  OUI

**MEDECIN TRAITANT** à prévenir : Nom : ..... Prénom : .....

**Patient ayant des SYMPTOMES évocateurs du COVID** ; Préciser l'**apparition des premiers symptômes** :

J0 ou J-1  J-2 à J-4  J-5 à J-7  J-8 à J-14  J-15 à J-28  + de 4 semaines avant le prélèvement

**Patient cas « CONTACT » d'une personne contaminée**

**TRANSMISSION RESULTATS** :  à poster  par internet : [axbioocean.mesanalyses.fr](http://axbioocean.mesanalyses.fr)

Contact utile pour assurer la bonne transmission des résultats et des certificats SI DEP (**Ecriture BIEN LISIBLE SVP**) :

**Tél. mobile** : \_ \_ \_ \_ \_ ou **E-Mail** :

.....@.....

### RECUEIL SALIVAIRE >>> Suivre le PROTOCOLE au dos de cette fiche

**Date** : ... /... /... **Heure** : ... / ..... >>> **A acheminer au laboratoire IMMEDIATEMENT** après le recueil

### PARTIE RESERVEE AU LABORATOIRE

RENSEIGNEMENTS utiles pour la prise en charge par l'Assurance maladie selon le contexte de la demande

Contexte DEMANDE PATIENT	Éléments à vérifier par le laboratoire	Documents justificatifs à transmettre à l'AM	Contrôle justificatifs (Initiales opérateur)
Enfant < 12 ans	Date de naissance	X	
Uniquement sur prescription médicale pour un adulte ou enfant > 12 ans	Date et Nom/Prénom sur l'ordonnance	Ordonnance < 48H	

**RECEPTION ECHANTILLON** : **Heure**: .... H ... **Par** (Nom/prénom) : ..... / .....

**Conclusion** :  Rejeté  Accepté  NCO

## Indications du prélèvement salivaire validées par l'HAS :

- En première intention dans le cadre de dépistages ciblés à large échelle en particulier s'ils sont répétés régulièrement : au sein d'écoles, d'universités, pour le personnel des établissements de santé, des EHPAD...
- En seconde intention chez les personnes symptomatiques ou cas contact pour qui un prélèvement naso-pharyngé est difficilement ou non réalisable

**Prélèvement réalisé au laboratoire uniquement sur ordonnance pour les adultes et enfants > 12 ans, sans ordonnance pour les enfants < 12 ans**

## ➤ PRECONISATIONS AVANT LE RECUEIL

Le prélèvement salivaire doit être **réalisé 30 minutes après la dernière prise de boisson, d'aliment, de chewing-gum de cigarette/e-cigarette, d'un brossage de dent ou rinçage buccodentaire.**

## ➤ RECUEIL

L'échantillon de salive est recueilli dans le FLACON fourni

**Le patient NE DOIT PAS CRACHER mais bien **SALIVER**** dans le flacon et la quantité de salive doit être suffisante avant transfert (sinon saliver à plusieurs reprises) :



⇕ la salive doit recouvrir le fond du flacon sur 2-3 mm de hauteur lorsqu'on le pose à plat

- Bien refermer le bouchon du FLACON, **l'identifier avec votre NOM et prénom et le placer dans la poche** fournie
- Renseigner, de manière BIEN LISIBLE, la **FICHE de renseignements au recto** et la placer dans le compartiment extérieur de la poche