



Biomnis

Fiche de renseignements cliniques
SÉROLOGIE COVID-19 (SARS-CoV-2)

DIVISION INTERNATIONALE • Tél. : +33 (0)4 72 80 23 85 • Fax : +33 (0)4 72 80 73 56 • E-mail : serviceexport@eurofins-biomnis.com

MÉDECIN PRESCRIPTEUR ET/OU LABORATOIRE PRÉLEVEUR

MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Nom :
Hôpital/service :
Pays :
Tél. : _____
Fax : _____

LABORATOIRE PRÉLEVEUR

Nom :
 Hôpital LBM
CP : _____ Ville :
Pays :
Tél. : _____
Fax : _____

PATIENT*

Nom : Prénom : Nom de naissance :
Date de naissance : _____ Sexe : F M

CP : _____ Ville :

Pays :

**Toutes ces informations sont obligatoires pour la prise en charge de la demande.*

NATURE DU PRÉLÈVEMENT

Sérum 2-8°C Sérum congelé, si > 5 jours

SIGNES CLINIQUES

OUI Patient asymptomatique
 Fièvre Signes respiratoires Signes digestifs Syndrome de détresse respiratoire aiguë
 Syndrome grippal Insuffisance rénale Conjonctivite Perte brutale d'odorat Signes cutanés

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Date de prélèvement : _____

Délai entre signes cliniques et date de prélèvement : jours

Une RT-PCR a-t-elle été réalisée ? (prélèvement naso-pharyngé) OUI NON
Si oui, date de réalisation : _____ Résultat : Positif Négatif

Présence d'un scanner évocateur de Covid-19 OUI NON

Vaccination contre la grippe saisonnière OUI NON

Maladie auto-immune OUI NON

Prise d'un traitement immunosuppresseur OUI NON

Chimiothérapie OUI NON

TEST DEMANDÉ

Ig Totales IgG+M IgG IgM