

## DEPISTAGE MPOX VIRUS

OBLIGATOIRE

Coordonnées patient(e)

Nom, Prénom:

Date de naissance: JJ / MM / AAAA Sexe:  F  M

Adresse:

Département:

N° tel patient (OBLIGATOIRE):

N° GSM patient (OBLIGATOIRE):

OBLIGATOIRE

Date de demande: JJ / MM / AAAA

Cachet et signature prescripteur:

Copie à: .....  Copie patient

**Je soussigné, déclare que les analyses marquées [Δ] sont en accord avec les règles de remboursement liées à un contexte clinique précis**

OBLIGATOIRE

Date et heure de prélèvement : JJ / MM / AAAA HH H MM

OBLIGATOIRE

Prélevé par :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES (OBLIGATOIRES POUR LE REMBOURSEMENT)

- RC65 Date de début des symptômes : .....
- RC07 Fièvre : ..... °C
- RC54 Céphalées
- RC55 Myalgie
- RC11 Contact avec cas confirmé
- RC21 Evènement à risque
- RC18 Séjour à l'étranger  
pays : .....
- RCPDF Autres:  
.....  
.....  
.....

	Gorge (Frottis)	Vésicule (Frottis) (1)	Sang EDTA (2)	
	8305	8409	7901	
PCR MPOX Virus				79

**(1) PRÉCISEZ LOCALISATION** .....

.....

**(2) APRÈS CONTACT LABO UNIQUEMENT 02.435.20.51**