

CABINET IDEL
TAMPON

TEST ANTIGENIQUE A DOMICILE

Conditions de réalisation du test =

- Le patient doit être symptomatique, sans risque de forme grave Covid 19. Signes :
- < 65 ans
- Résultats PCR > 48h (surcharge labo)
- Début des symptômes inf ou égal 4 jours

TRACABILITE

Nom/Prénom :

Date naissance :

Adresse :

Tel :

NIR :

MT :

Nom commercial /N° Lot du test

Date/Heure

Type de prélèvement : nasopharyngé --oropharyngé - salivaire

IDEL :

Adeli :

RESULTAT DU TEST

POSITIF

NÉGATIF

Le professionnel va saisir les données qu'elles soient positives ou négatives :

Mail sécurisé CPAM ou 09-74-75-76-78 sm.occ@cnam-sm.mssante.fr et/ou Plateforme SI-DEP
Ameli-Pro (à partir du 9/11/20)

FACTURATION exo 3, prescripteur et executant Idel

VERSION PATIENT DÉLIVRÉE. (trod traçabilité)

(exemplaire cab)