

Ce document décrit les modalités de prélèvement, pour recherche par RT-PCR du Coronavirus COVID-19 dans la salive, pris en charge par le laboratoire SYNLAB AUVERGNE.

## 1- COMPOSITION DU KIT

Ce kit est composé de :

- 1 sachet coloré (emballage externe) avec double poche, contenant une fiche de renseignements, une fiche de demande de prise en charge 100% par la CNAM, ce mode opératoire, et le sachet transparent.
- 1 sachet transparent (emballage interne) contenant le flacon de recueil préétiqueté.

## 2- PREPARER LE PRELEVEMENT

- 1) Identifier manuscritement le flacon (NOM, Prénom, Date de naissance, Date et Heure de prélèvement)
- 2) Glisser dans la **double poche latérale de l'emballage externe coloré** la fiche de **renseignements**, et la **fiche de demande de prise en charge** ou le **règlement**.
- 3) Se munir des éléments de **protection individuelle** nécessaires au prélèvement

## 3- REALISER LE PRELEVEMENT

Le prélèvement doit être réalisé à distance (**au moins 30 minutes**) de toute consommation **d'aliment/boisson**, d'une **cigarette** (y compris électronique) ou d'un **brossage des dents**.

Déroulement du prélèvement salivaire :

- 1) **Saliver** dans le flacon, en quantité suffisante (au moins 2mm de hauteur soit ~ 1mL), sans effort de toux ou de raclage de gorge, puis **fermer le flacon**.
- 2) Insérer le flacon dans le **sachet transparent** puis le sceller.
- 3) Insérer ce sachet transparent dans le **sachet externe coloré** puis le sceller.

Le prélèvement doit être transmis au laboratoire le jour même de sa réalisation.

## 4- LISTE DES DOCUMENTS A FOURNIR

- La **fiche de renseignements cliniques**
- L'ordonnance le cas échéant
- La fiche de demande de prise en charge du test PCR à 100%
- Le justificatif de prise en charge ou le règlement le cas échéant

+ si patient non connu au laboratoire :

- Une attestation de Sécurité Sociale
- Une copie de la mutuelle à jour

## 5- ACCEPTATION DU PRELEVEMENT PAR LE LABORATOIRE

Le laboratoire se garde le droit de refuser l'envoi au laboratoire sous-traitant dans les conditions suivantes :

- Flacon ou emballage non fermé hermétiquement, fuite, emballage dégradé, absence d'identification de l'échantillon
- Document joint incomplet, absent ou inaccessible (ex : renfermé dans l'emballage externe, avec le prélèvement) : fiche de renseignements cliniques ou fiche de prélèvement ou ordonnance

**FICHE DE PRELEVEMENT SALIVAIRE - RENSEIGNEMENTS SI-DEP OBLIGATOIRES****PATIENT**

Mme     Mlle     M.     Enfant Fille     Enfant Garçon

NOM d'usage :

Prénom :

NOM de naissance :

Date de naissance : / /

Voie et Numéro :

Code Postal :

ou étiquette patient

Ville :

Adresse mail :

Le numéro de téléphone mobile et l'adresse mail du patient sont obligatoires. (SMS, mail, appel). Les coordonnées du responsable légal sont nécessaires dans le cas d'un patient mineur.

Téléphone mobile : - - - -

N° Sécurité Sociale : \_ \_ \_ \_ \_

Caisse (et département) :  CPAM \_ \_  Autre :

Médecin traitant : Dr.

**Patient** Professionnel de santé Cas-contact d'une personne ayant séjourné (14 derniers jours) en :  
 France     Autre pays :Voyage à l'étranger durant les 14 derniers jours  Non     Oui, pays :**Début des symptômes, par rapport à la date du prélèvement**

- Depuis ce jour ou la veille     Il y a 2, 3 ou 4 jours  
 Il y a 5, 6 ou 7 jours     8 à 15 jours avant  
 Plus de 15 jours avant     Jamais (asymptomatique)

**Type de lieu de résidence**

- EHPAD     Hôpital     Milieu carcéral  
 Autre structure d'hébergement collectif  
 Hébergement individuel     Ne sait pas

**PRELEVEMENT**

NOM du préleveur :

Date et heure du prélèvement : / / à h

Origine du prélèvement : Salivaire

 **Tous les items ci-dessus doivent être renseignés** **RESERVE AU LABORATOIRE**

Date et heure de réception au laboratoire : / / à h par

Conformité :  OUI     NON, motif :**Informations supplémentaires**

Pour plus d'informations sur la gestion des **données** transmises depuis le 11 mai 2020 au SI-DEP (Système d'Informations de DEPistage) du Ministère des Solidarités et de la Santé, veuillez consulter notre site internet <http://www.auvergne.synlab.fr/Laboratoire/>, rubrique « Actualités ».



Le **compte-rendu** de résultat sera disponible sur le serveur de résultat **mySYNLAB** (si le patient y est déjà inscrit). Le résultat sera également transmis par le SIDEP via mail et/ou SMS aux coordonnées renseignées ci-dessus.

**DEMANDE DE PRISE EN CHARGE A 100% PAR L'ASSURANCE MALADIE****Patient majeur :**

Pour tout assuré social, au moins **une coche** parmi toutes celles possibles = **RT-PCR prise en charge en tiers payant à 100%\***.

Si aucune case n'est cochée, le test PCR et les forfaits associés feront l'objet d'une prise en charge classique (avec ticket modérateur). **Une copie de la mutuelle à jour devra être fournie au laboratoire sans quoi l'avance des frais ne pourra être envisagée.**

Je soussigné(e) M./Mme ..... né(e) le .....

- Bénéficie d'une exonération au titre d'une affection longue durée (ALD)
- Suis âgé(e) de 65 ans et plus
- Suis un professionnel de santé et/ou travaille en établissement de santé (**justificatif à fournir impérativement**)
- Participe à un dépistage collectif organisé par une agence régionale de santé (ARS) ou par une préfecture ou par un établissement d'enseignement (**justificatif à fournir impérativement**)

Signature :

**Patient mineur :** le test PCR COVID-19 peut être pris en charge d'office à 100% en tiers payant

N° Sécurité Sociale du parent :      \_ \_    \_ \_    \_ \_    \_ \_    \_ \_    \_ \_    \_ \_

Caisse (et département) :     CPAM    \_ \_       Autre :

\*Dans le cas où le test serait éligible à la prise en charge 100% par la CNAM, mais que le patient ne possède pas de numéro de sécurité sociale et ne réside pas en France, merci de contacter le laboratoire.

*Dans le cas où le patient n'est pas en mesure de fournir un des justificatifs de prise en charge en tiers payant (évoqué ci-dessus pour le 100%, sinon attestation de sécurité sociale et mutuelle à jour), un **chèque** à l'ordre de **SYNLAB AUVERGNE**, d'un montant de **24,70€** devra être également joint au prélèvement.*

*Une feuille de soin et une facture acquittée seront ensuite éditées et envoyées à réception des pièces justificatives le cas échéant.*

**Sans règlement associé, le laboratoire se réserve le droit de ne pas analyser le prélèvement.**