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

1- COMPOSITION DU KIT

Ce kit est composé de :

- 1 sachet (emballage externe) avec double poche, contenant :
  - Une fiche renseignements obligatoire
  - Une fiche de demande de prise en charge 100% par la CNAM
  - Des étiquettes vierges

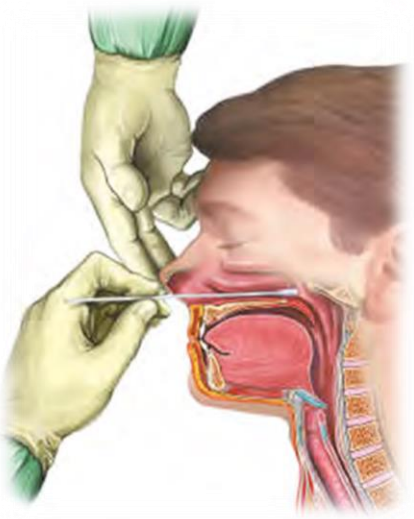
- 1 sachet (emballage interne) contenant l'**écouvillon fin et un milieu de conservation/transport** à utiliser lors du prélèvement

2- PREPARER LE PRELEVEMENT

1) Préparer manuscritement les étiquettes (NOM, Prénom, Date de naissance) en utilisant les étiquettes vierges
2) Glisser dans la **double poche de l'emballage externe** tous les documents annexes nécessaires.
3) Se munir des éléments de **protection individuelle** nécessaires au prélèvement.

3- REALISER LE PRELEVEMENT

Déroulement du prélèvement nasopharyngé par écouvillonnage :



1) Faire porter un masque chirurgical au patient afin de protéger le préleveur d'une éventuelle toux.
2) Faire asseoir le patient, la tête droite.
3) Soulever la pointe du nez de manière à offrir la vision de la fosse nasale en enfilade au niveau de son plancher.
4) Introduire l'écouvillon dans la narine **perpendiculairement au plan de la face** (et non parallèlement à l'arête nasale) en longeant le plancher de la fosse nasale.
5) Enfoncer l'écouvillon jusqu'au contact de la paroi rhino-pharyngée. Une *résistance* doit être nettement perçue.
6) Faire rouler l'écouvillon entre les doigts afin de prélever le mucus.
7) Retirer l'écouvillon dans l'axe et prendre garde à ne pas toucher l'orifice narinaire.
8) Introduire l'écouvillon dans le tube contenant le milieu de transport.
9) Casser l'embout de l'écouvillon au niveau du trait de rupture. La partie « écouvillon » sera laissée dans le milieu de transport, tandis que la tige restante est éliminée. Si l'écouvillon ne possède pas de point de rupture, le couper à l'aide de ciseaux tranchants. Les ciseaux seront ensuite désinfectés.
10) **Reboucher** le tube contenant l'écouvillon **hermétiquement**.
11) Décontaminer le tube à l'aide d'un détergent désinfectant virucide puis identifier l'échantillon (étiquette manuscrite préparée au préalable).
12) Mettre le tube dans le sachet (emballage interne), **le fermer hermétiquement**.
13) Ranger le sachet (emballage interne) dans le 2ème sachet (emballage externe), **qui sera également fermé hermétiquement**. Les documents joints se trouvent dans la double poche du sachet externe.

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

<u>+ si patient non connu au laboratoire :</u>

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

5- RAPPELS D'HYGIENE ET DE SECURITE

- Port de gants, surblouse, charlotte et lunette de protection si possible.
- Masque de protection individuel conservé pendant toute la durée de la séance de prélèvement : il ne doit pas être manipulé avec les mains.
- Elimination des protections et matériels usagés dans un emballage DASRI dédié.

6- ACCEPTATION DU PRELEVEMENT PAR LE LABORATOIRE

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

- Tube ou emballage non fermé hermétiquement, fuite du milieu de transport, 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 AVEC RENSEIGNEMENTS SI-DEP OBLIGATOIRES

RENSEIGNEMENTS PATIENT

◯ **Mme** ◯ **Mlle** ◯ **M.** ◯ **Enfant Fille** ◯ **Enfant Garçon**

NOM d'usage : **Prénom :**

NOM de naissance : **Date de naissance** : / /

Voie et Numéro :
Code Postal :
Ville :

ou étiquette patient

Adresse mail :

Téléphone mobile : - - - -

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

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

RENSEIGNEMENTS PRELEVEMENT

NOM du préleveur :

Date et heure du prélèvement : / / à h

Origine du prélèvement : ◯ Nasopharynx ◯ Autre :

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 à délivrer au patient :

Pour plus d'informations sur la gestion des **données** transmises depuis le 11 mai 2020 au SIDEP (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.