**Vignette de mutuelle**

**Patients se présentant sans demande PCR Covid**

Nom :

Prénom :

Sexe :

Date de naissance :

Adresse :

***Numéro National (NISS) OBLIGATOIRE* :**

**Communication des résultats :**

* Envoi du rapport au médecin traitant :

Nom et prénom du médecin traitant :

Adresse :

* Envoi du rapport au patient

**Origine de la demande**

* Sms reçu du centre de tracing
* Retour de zone rouge/orange sans sms
* Départ en voyage : *facturation au patient (46.81€)*
* Sms reçu de Jolimont

**Analyse demandée :**

* **Recherche de PCR COVID-19 (SARS-CoV-2) sur frottis naso-pharyngé**