

# Demande de sérologie COVID-19

Nom : .....  
Prénom : .....  
Sexe : .....  
Date de naissance : .....  
Adresse : .....  
.....

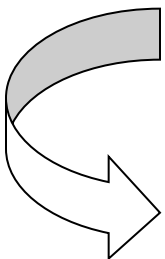
## Renseignements :

- Patient hospitalisé présentant une image clinique suggestive pour Covid-19 ayant obtenu un résultat divergent entre CT-Scan et PCR, minimum 7 jours après le début des symptômes.
- Patient hospitalisé ou ambulancier présentant une image clinique suggestive pour Covid-19 ayant obtenu un résultat négatif par PCR, minimum 14 jours après le début des symptômes.
- Contexte de diagnostic différentiel en cas de présentation clinique atypique, minimum 14 jours après le début des symptômes.
- Statut sérologique auprès du personnel de soins, collectivités avec haut risque de contagion.
- A charge du patient.

## Analyse :

- Détermination d'anticorps contre le virus SARS-COV-2 via immunoassay.

Cachet et signature :



Date .....