Feuille de demande **PCR Rougeole**

Date de prescription : ⌊⌊ ⌊⌊ ⌊⌊⌊⌊

PATIENT(E)

Nom : .....

Nom de naissance : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ⌊⌊ ⌊⌊ ⌊⌊⌊⌊

Adresse : .....

.....

CP : ⌊⌊⌊⌊⌊ Ville : .....

.....

PRESCRIPTEUR

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

CP : ⌊⌊⌊⌊⌊

Ville : .....

Tél. : ⌊⌊ ⌊⌊ ⌊⌊ ⌊⌊ ⌊⌊

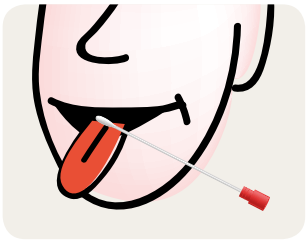
Fax : ⌊⌊ ⌊⌊ ⌊⌊ ⌊⌊ ⌊⌊

E-mail (obligatoire) : .....

Signature

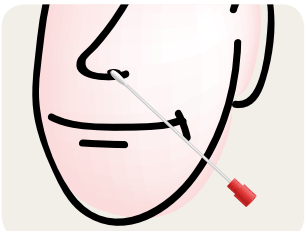
LE PRÉLÈVEMENT EST À RÉALISER IDÉALEMENT DANS LES 5 PREMIERS JOURS APRÈS LE DÉBUT DE L'ÉRUPTION

Prélèvement oro-pharyngé



Milieu M4RT

Prélèvement naso-pharyngé



Milieu M4RT

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Date éruption : ⌊⌊ ⌊⌊ ⌊⌊⌊⌊

Date prélèvement : ⌊⌊ ⌊⌊ ⌊⌊⌊⌊

ATCD vaccination : ☐OUI ☐NON ☐Ne sait pas

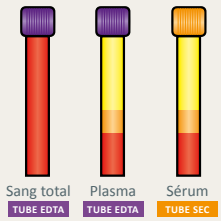
Si OUI : ☐1 dose ☐2 doses

Signes cliniques :

.....

.....

Sang total EDTA, plasma EDTA, sérum



Plasma EDTA / Tubes secs

Prélèvement des urines

Flacon stérile

Prélèvement salivaire

Flacon stérile

Retour voyage :
☐OUI ☐NON

Si OUI, date de retour :
⌊⌊ ⌊⌊ ⌊⌊⌊⌊

Immuno suppression :
☐OUI ☐NON

Grossesse :
☐OUI ☐NON

IMPORTANT

Les prélèvements réalisés par écouvillonnage doivent être transportés en milieu M4RT, à +4°C.
Les prélèvements urinaires, salivaires et respiratoires doivent être transportés dans des flacons stériles à +4°C.

LABORATOIRE

Ce test nécessite un matériel de prélèvement spécifique (M4RT). **Nous mettons à disposition un kit de prélèvement dédié disponible sur votre site sécurisé mycerba.com. Pour plus d'informations, contactez-nous au : +33 (1) 34 40 20 20.**

Prélèvement réalisé le : ⌊⌊ ⌊⌊ ⌊⌊⌊⌊ à : ⌊⌊ h ⌊⌊ min

www.lab-cerba.com