

Demande d'Analyses Médicales

Prescripteur

Pharmacie des Banques

Test PCR Covid-19

Nasopharyngé

Salivaire

Nom

.....

Prénom

.....

Sexe

H

F

Date de naissance

.....

Adresse

.....

Code postale / Ville

.....

E-mail (obligatoire)

.....

Téléphone (obligatoire)

.....

Rapport

Français (FR)

Anglais (EN)

Numéro de passeport :

.....

N° AVS (vérifier si le n° est valide)

Date et heure du prélèvement

.....

Prélevé par :

.....

QR Code

Contact :

Asymptomatique :

Symptomatique :

Ageusie/Anosmie :

Autre :

.....

Voyage :

.....