

**TEST RT PCR**  
PCR nasopharyngé à la recherche de SARS-CoV-2 -

CACHET DU MÉDECIN

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

N° sécurité sociale : .....

**N° Téléphone :** .....

**Si médecin prescripteur n'est pas le médecin traitant à adresser au médecin traitant :**

---

**INDICATIONS PRIORITAIRES**

---

- Patients symptomatiques
- Patients contact avéré covid +
- Pré opératoire
- Patients vulnérables polypathologiques
- Soignants



Pour trouver un centre de dépistage selon votre situation géographique

<https://sante.fr/recherche/trouver/DepistageCovid/>