



## Prélèvement salivaire par Lollisponge™

### A - Avant le prélèvement :

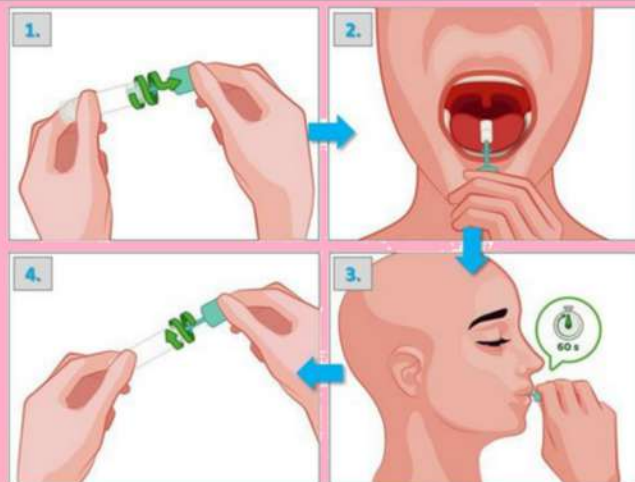
Impératif d'être à jeun strict 30 minutes avant l'examen

- Pas de boisson, d'aliments
- Pas de tabac, de vapotage
- Pas de brossage des dents ni rinçage de bouche

### B - Prélèvement :



- Ouvrir le tube Lollisponge™ en maintenant le dispositif (« la sucette ») par le bouchon puis l'insérer dans la bouche.
- Le déplacer délicatement à l'intérieur de la bouche (partie supérieure de la langue et entre les dents et la joue) pendant 60 secondes de façon à bien humidifier les éponges.
- Placer « la sucette » dans le tube Lollisponge puis le refermer en vissant fermement.



**ENCORE UNE FOIS**

Désinfecter l'extérieur du flacon avec un produit virucide (type éthanol, désinfectant des surfaces).



Inscrire le nom, prénom, date de naissance du patient, date et heure du recueil de salive sur la paroi ou l'étiquette du flacon fourni par le laboratoire.



Placer le flacon dans le sachet plastique fourni par le laboratoire.



Fermer le sachet



### C - Transport :

Apporter le prélèvement au laboratoire le plus rapidement possible (dans la demi-journée).





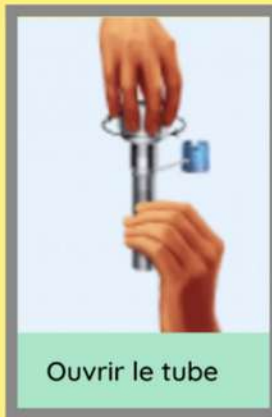
## Prélèvement salivaire à l'aide d'un entonnoir

### A - Avant le prélèvement :

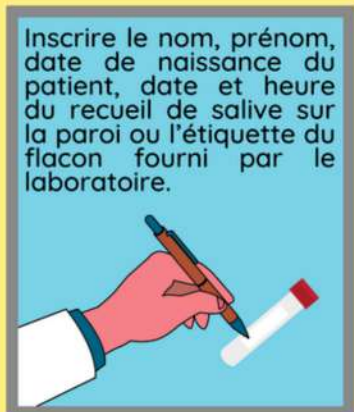
Impératif d'être à jeun strict 30 minutes avant l'examen

- Pas de boisson, d'aliments
- Pas de tabac, de vapotage
- Pas de brossage des dents ni rinçage de bouche

### B - Prélèvement :



Attention! Ne pas boire de liquide contenu dans le tube.



### C - Transport :

Apporter le prélèvement au laboratoire le plus rapidement possible (dans la demi-journée).





## Prélèvement salivaire dans un pot stérile

### A - Avant le prélèvement :

Impératif d'être à jeun strict 30 minutes avant l'examen

- Pas de boisson, d'aliments
- Pas de tabac, de vapotage
- Pas de brossage des dents ni rinçage de bouche

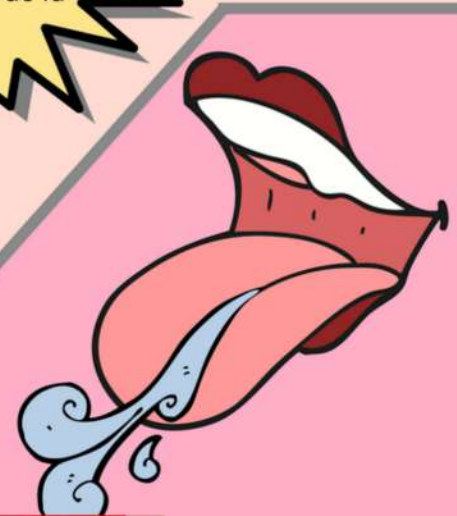
### B - Prélèvement :



Déposer la salive dans le pot.

Volume minimum 1mL (la salive doit recouvrir complètement le fond du pot).

Après réalisation du prélèvement, fermer le flacon.



**ENCORE UNE FOIS**

Désinfecter l'extérieur du pot avec un produit virucide (type éthanol, désinfectant des surfaces).



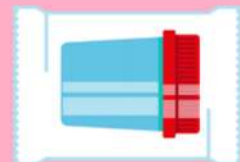
Inscrire le nom, prénom, date de naissance du patient, date et heure du recueil de salive sur la paroi ou l'étiquette du pot fourni par le laboratoire.



Placer le pot dans le sachet plastique fourni par le laboratoire.



Fermer le sachet



### C - Transport :

Apporter le prélèvement au laboratoire le plus rapidement possible (dans la demi-journée).





## DEPISTAGE DU COVID-19, GRIPPE ET VRS PAR RT-PCR

<b>Date de prélèvement</b>		<b>Heure</b>	<b>Nom du préleveur</b>	<input type="checkbox"/> Salivaire
...../...../.....		.....h.....min	.....	<input type="checkbox"/> Nasopharyngé
<b>Prise en charge</b>			<b>Documents à transmettre au labo avec le prélèvement</b>	
<input type="checkbox"/> Pris en charge	COVID	Avec et sans		<input type="checkbox"/> Carte de tiers payant
	COVID + grippe (+/-) VRS	Ordonnance		<input type="checkbox"/> Ordonnance + carte de tiers payant
<input type="checkbox"/> Payant	Patients non assurés en France. Règlement au labo pour un montant de 35€ T.T.C.			<input type="checkbox"/> Chèque
<b>Coordonnées du patient (renseignements obligatoires*)</b>				
Nom d'usage*: .....			Date de naissance*: ...../...../.....	
Nom de naissance*: .....			Sexe*: <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	
Prénom(s)*: .....			<input type="checkbox"/> Je suis un professionnel de santé	
Numéro de sécurité sociale de l'assuré*: _____				
Adresse email*: .....@.....			Téléphone portable*: .....	
<b>Informations sur l'hébergement</b>				
<input type="checkbox"/> Hébergement individuel	<input type="checkbox"/> Hôpital	<input type="checkbox"/> EHPAD	<input type="checkbox"/> Autre hébergement collectif	
Adresse: .....				
Code postal: .....	Commune: .....		Téléphone: .....	
<b>Votre médecin traitant</b>				
Nom: .....		Prénom: .....		Commune: .....
<b>Informations dépistage (symptômes possibles: perte de l'odorat, du goût, fièvre, toux, courbatures, ...)</b>				
<input type="checkbox"/> Je n'ai pas de symptômes <input type="checkbox"/> J'ai des symptômes depuis 2, 3 ou 4 jours <input type="checkbox"/> J'ai des symptômes depuis 5, 6 ou 7 jours <input type="checkbox"/> J'ai des symptômes depuis 8 à 15 jours <input type="checkbox"/> J'ai des symptômes depuis plus de 2 semaines			<input type="checkbox"/> Cas contact CPAM <input type="checkbox"/> Campagne dépistage ARS <input type="checkbox"/> Bilan préopératoire <input type="checkbox"/> Test antigénique positif <input type="checkbox"/> Autre (préciser): .....	
<input type="checkbox"/> J'ai séjourné récemment en zone sensible (Royaume-Uni, Afrique du Sud, Nigéria, Brésil, Botswana, Eswatini, Lesotho, Mozambique, Namibie, Zimbabwe).				
<b>Consentement du représentant légal pour patient mineur:</b> Je soussigné (NOM/Prénom) ....., parent ou <i>autre responsable légal</i> , consens à la réalisation de test RT-PCR chez mon enfant. Je suis informé que je peux retirer mon consentement à tout moment.				
<b>Signature:</b>				