



LABOMED-SARL

Rue de Berne 9
1201 - Genève
+41 22 347 40 13
www.labomed-ge.com
info@labomed-ge.com

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ANALYSES - COVID 19



5.4.1.2.A2.V04

DONNEES PERSONNELLES

Titre*: Né(e)*:
 Nom*:
 Prénom*: N° Pièce Identité
 Adresse*: Passeport
 N° Postal/Ville*: Attestation de voyage:
 Mail*: Téléphone*:
 Assurance*: ASS. N°:
DATE-RDV* : **DATE**
Voyage*

* *Champs obligatoires*

TYPES d'ANALYSES

<u>METHODE</u>	<u>PRISE EN CHARGE</u>	<u>FORFAIT/DELAI</u>
PCR: <i>Voyage, Sans ordonnance médicale.</i> <i>PRELEVEMENT SUR PLACE</i>	Patient***	100 CHF
<u>PCR week end FERIÉS</u>	Patient***	<u>150 CHF</u>
PCR: <i>Avec ordonnance médicale.</i> <i>PRELEVEMENT chez le médecin</i>	Assurance	VARIABLE-CHF , Selon ordonnance de la confédération
PCR: <i>DEPLACEMENT, avec ou sans ordonnance</i>	Patient***	150 CHF
PCR: URGENT	Patient***	Délai 2 heures après prélèvement 200 CHF: NOTA: déclenchement protocole stop routine
TEST RAPIDE: <i>Dépistage des Antigènes sans ordonnance médicale. Prélèvement sur place</i>	Patient***	50CHF , Maximum 1 heure
TEST RAPIDE: <i>Dépistage des Anticorps: IgM, IgG sans ordonnance médicale. Prélèvement sur place</i>	Patient***	50CHF , Maximum 1 heure

AUTRES DONNEES

Autres informations:

RAPORT EN ANGLAIS*

** *Sur conditions du laboratoire*

*** **Payement sur place CASH**