|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **IDENTITE PATIENT** |

**date de prescription :**

|  |
| --- |
| **Prescriptions relatives au traitement de l’affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)****(AFFECTION EXONERANTE COVID-19)** |

**RT PCR SARS-CoV-2 Covid 19 par écouvillonnage naso pharyngé**

**SIGNATURE PRESCRIPTEUR**