CBM 25
Centre de Biologie Médicale

Fiche de renseignements cliniques
Prélèvement naso-pharyngé

DE-MU0-320-14
Version 14

MERCI DE COMPLETER CE DOCUMENT LISIBLEMENT

NOM : ..... **PRENOM :** ..... **Sexe** : ❑H ❑F

NOM DE NAISSANCE : ..... **Date de naissance** : ...../...../.....

N° SS : ❑❑❑❑❑❑❑❑❑❑❑❑❑❑❑ **Caisse SS :** .....

Lieu de résidence actuelle : .....

..... **Pays :** .....

Téléphone : .....

Adresse mail : ..... @ .....

Nom médecin prescripteur (ou médecin traitant en l'absence d'ordonnance): Dr .....

Étés-vous vacciné ?
❑ OUI ❑ NON

Si oui, quel vaccin (preuve à vérifier) :
❑Pfizer ❑Moderna ❑AstraZeneca ❑Janssen (Johnson&Johnson)
❑1 dose sur 2 ❑2 doses sur 2 ❑ 3 doses ❑1 dose sur 1

Date de la dernière dose : .....

Si non (preuve à vérifier) :
❑contre-indication à la vaccination
❑certificat de rétablissement de moins de 6 mois

Typologie de lieu de résidence :
❑ hébergement individuel
❑ résident en EHPAD
❑ autre structure d'hébergement collectif
❑ hospitalisé
❑ en milieu carcéral

Êtes-vous professionnel de santé ?
❑ OUI ❑ NON

Symptômes : ❑ OUI ❑ NON
Si OUI :
- ❑ apparus le jour ou la veille du prélèvement
- ❑ apparus 2, 3 ou 4 jours avant le prélèvement
- ❑ apparus 5, 6 ou 7 jours avant le prélèvement
- ❑ apparus entre 8 et 14 jours avant le prélèvement
- ❑ apparus entre 15 et 25 jours avant le prélèvement
- ❑ apparus plus de 4 semaines avant le prélèvement

Quels symptômes ? :
❑Fièvre ❑Signes respiratoires ❑Fatigue
❑Syndrome grippal ❑Signes digestifs ❑Insuffisance rénale
❑Perte de goût / odorat ❑Signes cardiaques ❑Signes cutanés ❑Syndrome de détresse respiratoire aigüe

Ce test fait-il suite à un test antigénique positif de moins de 48h (preuve à joindre) ?
❑OUI ❑NON

Personne « contact » ?
Avez-vous été en contact avec une personne diagnostiquée COVID + ?
❑OUI ❑NON

Avez-vous voyagé dans les 14 derniers jours ?
❑OUI ❑NON

Si OUI : Où ? (si en France noter le département, si à l'étranger le pays)
.....

Allez-vous voyager dans les 7 prochains jours ?
❑OUI ❑NON

Si OUI : Où ? (si en France noter le département, si à l'étranger le pays)
.....

Ce test est-il prescrit dans le cadre d'une intervention chirurgicale ou d'hospitalisation ?
❑OUI ❑NON
Date d'intervention ou d'hospitalisation à ajouter sur ordonnance - OBLIGATOIRE

Partie préleveur/secrétaire

Patient contact COVID, preuve observée :
❑ SMS
❑ MAIL
❑ notification TOUS ANTI-COVID

Ordonnance : ❑OUI ❑NON

Vérification pièce identité : ❑

Si prélèvement hors laboratoire :
Date du recueil : ...../...../..... **Heure du recueil : ..... H .....** **Visa préleveur : .....**