BIOGROUP biologie médicale	Fiche de renseignements cliniques - Sérologie COVID-19	C-PRA-E132-01 Version 1

Identification patient ou étiquette dossier

Nom marital : .....Prénom.....

Nom de naissance : .....Date de naissance : / /

Adresse de résidence actuelle : .....

.....

Adresse mail : .....

Date prélèvement : / / - Heure : h Prélèvement par _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

INFORMATION GENERALES ET SIGNES CLINIQUES

Êtes-vous professionnel de santé ?

❑ OUI ❑ NON

Si OUI : J'atteste sur l'honneur être :

❑ Professionnel de Santé en activité libérale

❑ Salarié d'un Professionnel de Santé

❑ Salarié d'un établissement de santé

❑ Salarié d'un établissement médico-social

❑Salarié d'un service médico-social

Employeur ou Numéro AM :

Signature :

Signes cliniques : ❑OUI ❑NON

Date de début des symptômes _ _ / _ _ / _ _ _ _

Si oui, quels signes cliniques ?

❑Fièvre ❑Signes respiratoires ❑Syndrome de détresse respiratoire aigüe

❑Syndrome grippal ❑Signes digestifs ❑Insuffisance rénale

❑Perte de goût / odorat ❑Signes cardiaques ❑Signes cutanés ❑Fatigue

❑Autres :

Avez-vous déjà réalisé un test RT-PCR COVID19 ? : ❑OUI ❑NON

Si OUI

Résultat : ❑POSITIF ❑NEGATIF ❑Douteux ou invalide - Date :

ANTECEDENTS VACCINATION

Antécédent de Vaccination contre le COVID19 : ❑OUI ❑NON

Si OUI - Date :

Nom du vaccin :

CONTEXTE

Existence d'une maladie chronique : ❑OUI ❑NON

❑Diabète ❑Maladie cardiovasculaire ❑Maladie auto-immunes

❑HTA ❑Immunodépression ❑Maladie respiratoire

❑Autres :

Grossesse : ❑OUI ❑NON Cas contact : ❑OUI ❑NON Fumeur : ❑OUI ❑NON

Signature patient