BIOGROUP
biologie médicale

FORMULAIRE DE RENSEIGNEMENTS CLINIQUES
Viroses respiratoires (COVID, grippe, VRS)

PATIENT

Nom : .....

Nom de naissance : .....

Prénom : .....

Sexe : ☐ F ☐ M

Date de naissance : ⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌊_⌋ (JJ MM AAAA)

N° de téléphone : .....

Email : .....

N° Sécu : ⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌋

Caisse : .....

Mutuelle (Nom et n° AMC) : .....

Adresse : .....
(Lieu de résidence actuelle)

Code postal : __ __ __ __ __ Ville : .....

Type de résidence : ☐ Individuelle (maison, appartement) ☐ Collectivité

Si collectivité, précisez le type : .....
ex. : Hôpital, EHPAD, Milieu carcéral, Caserne, Résidence étudiante…

☐ Le patient est un professionnel intervenant dans le système de santé

PRÉLÈVEMENT *(à remplir par le préleveur)*

Nom du préleveur : .....

Date : ⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌊_⌋ Heure : ____ : ____

Nature : ☐ Nasopharyngé ☐ Oropharyngé ☐ Salivaire

TRANSMISSION DES RÉSULTATS

☐ Mail / Serveur *(renseigner votre Email dans le cadre PATIENT)*

☐ Retrait au laboratoire

☐ Courrier *(uniquement en l'absence d'autre choix)*

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Nature des symptômes :

☐ **Signes respiratoires (toux, rhume)**, à un moment donné, dans les 10 derniers jours : ☐ Oui ☐ Non

Si Oui, date d'apparition des signes respiratoires : .....

☐ **Fièvre**, à un moment donné, dans les 10 derniers jours : ☐ Oui ☐ Non

Date d'apparition des premiers symptômes *(tous symptômes confondus : fatigue, mal de gorge, signes respiratoires, fièvre, signes digestifs…) :*

☐ Moins de 24h avant le prélèvement ☐ 5, 6 ou 7 jours avant le prélèvement ☐ Entre 15 et 28 jours avant le prélèvement

☐ 2, 3 ou 4 jours avant le prélèvement ☐ Entre 8 et 14 jours avant le prélèvement ☐ Plus de 4 semaines avant le prélèvement

Vaccination COVID : ☐ **Vacciné** ☐ **Non vacciné**

Si vacciné, date de la dernière injection : ☐ < 15 jours ☐ 15 jours à 3 mois ☐ 3 à 6 mois ☐ > 6 mois

Vaccination Grippe : ☐ **Vacciné** ☐ **Non vacciné**

Si vacciné, date de la dernière injection : ☐ < 15 jours ☐ 15 jours à 3 mois ☐ 3 à 6 mois ☐ > 6 mois

L'infection par le SARS-Cov19 (COVID) est une maladie inscrite sur la liste des maladies qui exigent une surveillance particulière pour la protection de la santé publique et donnent lieu à un signalement auprès de l'Agence Régionale de Santé (ARS) conformément à l'article D.3113-9 du code de la santé publique (CSP). Par conséquent, les résultats de votre examen seront transmis à l'ARS de votre région après pseudonymisation des données. Les catégories de données personnelles transmises sont définies à l'article R. 3113-2 CSP. Vous ne pouvez pas vous opposer à cette transmission aux autorités compétentes (art. R3113-7 du CSP). Vos droits d'accès, de rectification et à la limitation du traitement, respectivement prévus aux articles 15, 16 et 18 du règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 (RGPD), s'exercent auprès de l'ARS ou de l'Agence Nationale de Santé Publique à laquelle elles ont été transmises.

RÉSERVÉ AU LABORATOIRE

Date réception : ⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌊_⌋ Heure : ____ : ____ Par : .....

Si test antigénique : Identification du Réalisateur du test Ag : ..... Résultat du test Ag : ☐ Positif ☐ Négatif