CBM 25
Centre de Biologie Médicale

Fiche de renseignements cliniques
Prélèvement naso-pharyngé

DE-MU0-320-09
Version 9

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 : .....

.....

Téléphone : .....

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

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

Êtes-vous professionnel de santé ?

❑ OUI ❑ NON

Typologie de lieu de résidence :

❑ hébergement individuel ❑ hospitalisé
❑ résident en EHPAD ❑ en milieu carcéral
❑ autre structure d'hébergement collectif

Symptômes :

❑ asymptomatique (je ne suis pas malade)
❑ symptômes apparus le jour ou la veille du prélèvement
❑ symptômes apparus 2, 3 ou 4 jours avant le prélèvement
❑ symptômes apparus 5, 6 ou 7 jours avant le prélèvement
❑ symptômes apparus entre 8 et 15 jours avant le prélèvement
❑ symptômes apparus entre 15 et 25 jours avant le prélèvement
❑ symptômes 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

Personne « contact »

Avez-vous été en contact avec une personne diagnostiquée COVID + ?

❑ OUI ❑ NON

Si oui, cette personne fait partie de votre entourage :

❑Professionnel ❑Familial ❑Autre

PCR de contrôle ❑OUI ❑NON

Partie préleveur

Ordonnance : ❑OUI ❑NON

Vérification pièce identité : ❑

Patient contact COVID, preuve observée :

❑ SMS
❑ MAIL

Date du recueil : ...../..... /.....

Heure du recueil : ..... H .....

Visa préleveur : .....