CBM 25
Centre de Biologie Médicale

Fiche de renseignements cliniques
Prélèvement naso-pharyngé

DE-MU0-320-10
Version 10

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 .....

Typologie de lieu de résidence :

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

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

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

Partie préleveur/secrétaire

Patient contact COVID, preuve observée :
❑ SMS
❑ MAIL
❑ notification STOP COVID

Ordonnance : ❑OUI ❑NON

Vérification pièce identité : ❑

Si prélèvement hors laboratoire :

Date du recueil : ...../...../..... **Heure du recueil :** ..... H ..... **Visa préleveur :** .....