

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

Êtes-vous un personnel des écoles, collèges ou lycées ?

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 :