

PCR COVID 19

PATIENT (* CHAMP OBLIGATOIRE)

NOM * :
 NOM DE JEUNE FILLE * :
 PRENOM * :
 NE(E) LE * : / / SEXE * : M
 F
 ADRESSE * :

 TELEPHONE PORTABLE * :
 MAIL * :

ASSURE (* CHAMP OBLIGATOIRE)

N° SS * : _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _
 Pour les patients mineurs préciser le n°SS du parent

PRESCRIPTION

Ordonnance : OUI
 NON Si coché, préciser :
 Nom médecin traitant :
 Prénom médecin traitant :
 Adresse médecin traitant :

PRELEVEMENT ET RENSEIGNEMENTS (* CHAMP OBLIGATOIRE)

Préleveur * : Tél. : / / / /
 Date et heure du prélèvement * : / / à h.....

| Le patient est-il un professionnel de santé / intervenant dans un établissement de santé * : Oui Non Ne sait pas

Patient Asymptomatique *:

- Bilan pré-opératoire Femme enceinte Dépistage massif (EHPAD)
 Patient contact (enquête) Si coché répondre obligatoirement aux items du cadre suivant :

Réception de l'avis tracing* : Mail SMS Autre : préciser
 Nom et Prénom du médecin traitant* :
 Adresse du médecin traitant* :

Lieu de résidence *:

- Hospitalisation
 EHPAD
 Hébergement individuel (appartement, maison, colocation)
 Hébergement collectif (internat, logement étudiant, caserne, résidence non médicalisée pour personnes âgées)
 Autre :
 Ne sait pas

Apparition des premiers symptômes *:

- Le jour même ou la veille du prélèvement
 5, 6 ou 7 jours avant le prélèvement
 Plus de 15 jours avant le prélèvement
 Asymptomatique
 2, 3 ou 4 jours avant le prélèvement
 Entre 8 et 15 jours avant le prélèvement
 Ne sait pas

CADRE RESERVE AU LABORATOIRE

Réception par : Date : / / à Heure : h
 Conforme : Oui Non