

DATE : ..... / ..... / .....

Coordonnées Médecin / Tampon

## PATIENT

**NOM** : .....

**Prénom** : .....

**Nom de naissance** : .....

Sexe : F M

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Code postal : .....

Ville : .....

**N° de mobile** : .....

(ou n° fixe si établissement de santé ou personne de confiance)

E-mail : .....

Téléphone : .....

Fax : .....

## Renseignements cliniques obligatoires (plateforme SIDEP)

### Lieu de résidence actuel :

Hébergement individuel (appartement, maison, colocation...)

Résident en EHPAD      Hospitalisé      En milieu carcéral

Autre structure d'hébergement collectif (logement étudiant, caserne, résidence pour personnes âgées non médicalisée, foyer de l'enfance, établissement médico-social pour personnes handicapées, centre d'hébergement à caractère social...)

Ne sait pas

**Professionnel de santé :**                      OUI              NON              Ne sait pas

**Présence de symptômes :**                      OUI              NON

### Date d'apparition des symptômes :

**Le jour ou la veille** du prélèvement

**2, 3 ou 4 jours avant** le prélèvement

**5, 6 ou 7 jours avant** le prélèvement

**Entre 8 et 15 jours avant** le prélèvement

**Plus de 15 jours avant** le prélèvement

Ne sait pas

### Nature des symptômes :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Faire pratiquer au laboratoire une recherche PCR Covid-19 sur prélèvement nasopharyngé

**PRÉLÈVEMENT** (partie réservée au laboratoire)

Date : ..... Heure : .....

Origine : Naso-pharyngé

**Signature du prescripteur**