

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