

DATE : / /

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 :

Renseignements cliniques obligatoires (plateforme SIDEP)

Lieu de résidence actuel :

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

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...)

Professionnel de santé : OUI NON

Personne contact : OUI NON

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 :

- Fièvre
 - Toux
 - Fatigue
 - Courbatures
 - Troubles digestifs
 - Perte de l'odorat (Anosmie)
 - Perte du goût (Agueusie)
 - Autres
-

Faire pratiquer au laboratoire une recherche PCR Covid-19

PRÉLÈVEMENT (partie réservée au laboratoire)

Date : Heure :

Origine : Naso-pharyngé

Signature du demandeur