

DATE : / /

PATIENT

NOM :
Prénom :
Nom de naissance :
Sexe : F M
Date de naissance :
Adresse :
Code postal :
Ville :
N° de mobile : **N° Sécurité sociale** :
(ou n° fixe si établissement de santé ou personne de confiance)
E-mail :
Nom du médecin traitant :

Renseignements cliniques obligatoires (plateforme SIDEP)

Lieu de résidence actuel : France : OUI NON Si non précisez :

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 :

..... / /

Nature des symptômes :

Fièvre
Toux
Courbatures
Maux de tête
Troubles digestifs
Perte de goût (agueusie) / d'odorat (anosmie)
Autres
.....

Faire pratiquer au laboratoire une recherche PCR Covid-19

Diffusion des résultats :

PRÉLÈVEMENT (partie réservée au laboratoire)

Date : Heure :

Origine : Naso-pharyngé

Nom du préleveur :

Internet

Courrier

Signature du demandeur