



Fiche de renseignements cliniques COVID-19 PCR et/ou serologie

Identité du patient :

Nom :
 Prénom :
 Nom de naissance :
 Sexe : M F
 DN :
 Adresse :

 Téléphone** :



et/ou Email** :

Renseignements administratifs

Caisse : N° SS :
 N° AMC : N° préfectoral :

Lieu de résidence** :

- hébergement individuel résident en EHPAD autre structure d'hébergement collectif
 hospitalisé en milieu carcéral ne sait pas

Professionnel de santé** : oui non ne sait pas

Symptômes** :

- asymptomatique
 symptômes apparus le jour ou la veille du prélèvement
 symptômes apparus 2, 3 ou 4 jours avant le prélèvement
 symptômes apparus 5, 6 ou 7 jours avant le prélèvement
 symptômes apparus entre 8 et 14 jours avant le prélèvement
 symptômes apparus entre 15 et 28 jours avant le prélèvement
 symptômes apparus plus de quatre semaines avant le prélèvement
 ne sait pas

Signes cliniques

Date d'apparition :
 Fièvre Signes respiratoires Syndrome de détresse respiratoire aiguë
 Syndrome grippal Signes digestifs Insuffisance rénale
 Asymptomatique Anosmie (perte odorat) Dysgueusie/Agueusie (Altération du goût)
 Conjonctivite

Renseignements cliniques pour la recherche par PCR

Vaccination contre la grippe saisonnière Oui Non
 Prescription du traitement anti-viral Oui Non
 Test pré-opératoire Oui Non Si oui, Date d'opération :
 Suivi de guérison Oui Non
 Reprise de travail Oui Non
 Personne contact Oui Non
 Personne à risque* Oui Non

*personnes âgées de 70 ans et plus / Insuffisance rénale dialysée / Insuffisance cardiaque / Cirrhose stade B / ATCD cardiovasculaires : HTA, ATCD d'AVC, coronaropathie, chirurgie cardiaque / Diabétiques insulinodépendants / Insuffisants respiratoires chroniques / Immunodépression / Femmes enceintes / Obésité morbide (IMC > 40 kg/m²)

Autres (préciser) :

Renseignements cliniques pour la sérologie (Obligatoire pour la prise en charge)

Recherche virologique par PCR réalisée: Non Oui Le :
 Résultat : Négatif Positif

**** Renseignements obligatoires dans le cadre du SIDEP**