



Fiche de renseignements cliniques COVID-19

Identité du patient		Préleveur externe	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Date du prélèvement :	Heure :
Nom de naissance :		Résultats : <input type="checkbox"/> A poster <input type="checkbox"/> Au laboratoire	
Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Laboconnect	
Date de naissance :			
Adresse :			
Téléphone* :		Email* :	@
Si vous allez changer de résidence dans les 7 prochains jours, Code postal, Département ou Pays :			
Si vous avez voyagé à l'étranger dans les 14 derniers jours, Pays de provenance :			
Renseignements administratifs			
Caisse :		N° d'assuré :	
Médecin traitant	Nom - Prénom :	Ville :	

Lieu de résidence*

hébergement individuel (maison individuelle, appartement) résident en EHPAD autre structure d'hébergement collectif

hospitalisé en milieu carcéral ne sait pas

Professionnel de santé* : oui non ne sait pas

Symptômes*	Signes cliniques
<input type="checkbox"/> asymptomatique (= sans symptômes) <input type="checkbox"/> symptômes apparus le jour ou la veille du prélèvement <input type="checkbox"/> symptômes apparus 2, 3 ou 4 jours avant le prélèvement <input type="checkbox"/> symptômes apparus 5, 6 ou 7 jours avant le prélèvement <input type="checkbox"/> symptômes apparus entre 8 et 14 jours avant le prélèvement <input type="checkbox"/> symptômes apparus entre 15 et 28 jours avant le prélèvement <input type="checkbox"/> symptômes apparus plus de quatre semaines avant le prélèvement <input type="checkbox"/> ne sait pas	Date d'apparition : <input type="checkbox"/> Fièvre <input type="checkbox"/> Signes digestifs <input type="checkbox"/> Syndrome grippal <input type="checkbox"/> Anosmie (perte odorat) <input type="checkbox"/> Signes respiratoires <input type="checkbox"/> Dysgueusie/Agueusie (Altération ou perte du goût) <input type="checkbox"/> Autres :

Renseignements cliniques pour la recherche par PCR

Vaccination contre la grippe saisonnière Oui Non Si oui, Date de vaccination :

Test pré-opératoire Oui Non Si oui, Date d'opération :

Reprise de travail Oui Non Si oui, Date prévue de reprise :

Contact à risque :

- Avec personne covid+ n'ayant pas voyagé en dehors de France Oui Non
- Avec personne covid+ ayant séjourné à l'étranger dans les 14 j précédant son test ou l'apparition de ses symptômes Oui Non Si oui, pays visité : Royaume uni Autre :

Voyage Oui Non Si oui, Date de départ : Heure :

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