Fiche de renseignements cliniques COVID-19

Identité du patient

Nom :

Prénom :

Nom de naissance :

Sexe : ☐ M ☐ F

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 :**

Avez-vous été en contact avec une personne ayant séjourné en Inde : ☐Oui ☐Non si oui, date du séjour :

Préleveur externe

Nom :

Date du prélèvement : Heure :

Résultats : ☐ A poster ☐ Au laboratoire ☐ Laboconnect

Renseignements administratifs

Caisse : N° d'assuré :

Médecin traitant Nom - Prénom : Ville :

Lieu de résidence*

☐ hébergement individuel (maison individuelle, appartement)
☐ hospitalisé
☐ résident en EHPAD
☐ en milieu carcéral
☐ autre structure d'hébergement collectif
☐ ne sait pas

Professionnel de santé* : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

Symptômes*

☐ asymptomatique (= sans symptômes)
☐ 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
☐ Syndrome grippal
☐ Signes respiratoires
☐ Signes digestifs
☐ Anosmie (perte odorat)
☐ Dysgueusie/Agueusie (Altération ou perte du goût)
☐ Autres :

Renseignements cliniques pour la RECHERCHE par PCR

Vaccination contre la COVID 19	☐Oui	☐Non	Si oui, Date de la première injection :
Test pré-opératoire	☐Oui	☐Non	Si oui, Date d'opération :
Contact à risque (avec une personne covid+)	☐Oui	☐Non	
Test antigénique	☐Oui	☐Non	Si oui, date : Résultat : ☐+ ☐-
Autotest	☐Oui	☐Non	Si oui, date : Résultat : ☐+ ☐-
Voyage	☐Oui	☐Non	Si oui, Date de départ : Heure :

☐ Autres (préciser) :

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

Recherche virologique par PCR réalisée : ☐ Non ☐ Oui Le :…… Résultat : ☐ Négatif ☐ Positif
Vaccination contre la COVID 19 : ☐ Non ☐ Oui Date de la première injection :

* Renseignements obligatoires dans le cadre du SIDEP