



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	
Date de naissance :		<input type="checkbox"/> Laboconnect	
Adresse :			
Téléphone* :		Email* :	
Consentement au partage de mes données personnelles pour obtenir le QR Code* : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
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*			
<input type="checkbox"/> hébergement individuel (maison individuelle, appartement)	<input type="checkbox"/> résident en EHPAD	<input type="checkbox"/> autre structure d'hébergement collectif	
<input type="checkbox"/> hospitalisé	<input type="checkbox"/> en milieu carcéral	<input type="checkbox"/> ne sait pas	
Professionnel de santé* : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> 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 COVID 19	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, Date de la première injection :	
Test pré-opératoire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, Date d'opération :	
Contact à risque (avec une personne covid+)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Test antigénique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, date :	Résultat : <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -
Autotest	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, date :	Résultat : <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -
Voyage	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, Date de départ :	Heure :
<input type="checkbox"/> Autres (préciser) :			
Renseignements cliniques pour la SEROLOGIE (Obligatoire pour la prise en charge)			
Recherche virologique par PCR réalisée : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		Le : Résultat : <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Positif	
Vaccination contre la COVID 19 : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		Date de la première injection :	

* Renseignements obligatoires dans le cadre du SIDEP