

COVID-19 - Dépistage par PCR du SARS-CoV-2

FORMULAIRE DE RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

IDENTIFICATION DU PATIENT					
Nom :			Type de résidence :	Individuelle (maison, appartement)	Collectivité
Nom de naissance : Prénom : Sexe : Date de naissance :	☐ Féminin	☐ Masculin	Si collectivité, précisez le ex. Hôpital, EHPAD, Milieu carcéral, Cas Adresse: (lieu de résidence actuel) Complément d'adresse:		
N° de téléphone :			Code postal :		
N° de Sécurité Sociale :			Ville :		
			Adresse E-mail :		
	POURQU	OI DEVEZ-VOUS RÉALIS	SER UN TEST RT-PCR COVID1	19 ?	
J'ai été en contact avec une personne atteinte de la Covid19 positive confirmée Je dois réaliser un test avant mon opération Je suis enceinte Je dois réaliser un nouveau prélèvement RT-PCR de contrôle Je suis dépisté dans le cadre de mon entreprise Je dois prendre l'avion pour un pays étranger ou pour les DOM-TOM Je suis un professionnel de santé (présentation de la carte CPS) Autres:					
SYMPTÔMES					
Date d'apparition des sy ☐ Fièvres ; Si oui Précis ☐ Myalgies / Courbatu ☐ Toux ; Si oui Précisez ☐ Diarrhée / Nausées Autres :	sez res	J Grasse	 ☐ Asthénie (Fatigue) / M ☐ Céphalées (Maux de té ☐ Dyspnée (Difficultés re Anosmie (Perte de l'oc 	ête) espiratoires)	rte du goût)

Un système d'information national de suivi du dépistage Covid-19 (SI-DEP), placé sous la responsabilité de la direction générale de la santé du ministère chargé de la santé, a pour finalité de centraliser les données et les résultats de toutes les personnes ayant fait l'objet d'un examen de dépistage du Covid-19. Pour obtenir l'ensemble des informations sur ce dispositif, nous vous invitons à consulter le site du ministère de la santé : https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/article/donnees-personnelles-et-cookies.

☐ Autres, préciser :

Naso-pharyngé

PRA-FE-003-08



Identification du préleveur :

Date : Heure :

Nature: