

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom :	Type de résidence :	Individuelle (maison, appartement)	Collectivité
Nom de naissance :	Si collectivité, précisez le type :		
Prénom :	ex. Hôpital, EHPAD, Milieu carcéral, Caserne, Résidence étudiante..		
Sexe : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	Adresse : (lieu de résidence actuel)		
Date de naissance :	Complément d'adresse :		
N° de téléphone :	Code postal :		
N° de Sécurité Sociale :	Ville :		
	Adresse E-mail :		

POURQUOI DEVEZ-VOUS RÉALISER UN TEST RT-PCR COVID19 ?

- J'ai des symptômes (Fièvre, toux, perte de goût et d'odorat...)
- 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 symptômes :	<input type="checkbox"/> Asthénie (Fatigue) / Malaise
<input type="checkbox"/> Fièvres ; Si oui Précisez	<input type="checkbox"/> Céphalées (Maux de tête)
<input type="checkbox"/> Myalgies / Courbatures	<input type="checkbox"/> Dyspnée (Difficultés respiratoires)
<input type="checkbox"/> Toux ; Si oui Précisez : <input type="checkbox"/> Sèches OU <input type="checkbox"/> Grasse	Anosmie (Perte de l'odorat) / Agueusie (Perte du goût)
<input type="checkbox"/> Diarrhée / Nausées	
Autres :	

PRELEVEMENTS (Champs réservés au laboratoire)

Date :	
Heure :	
Nature : <input type="checkbox"/> Naso-pharyngé <input type="checkbox"/> Autres, préciser :	
Identification du préleveur :	