

Merci d'adresser cette fiche complétée ainsi que les autres documents requis par mail au centre de dépistage dans lequel vous allez être pris en charge OU de l'apporter lors de votre prélèvement

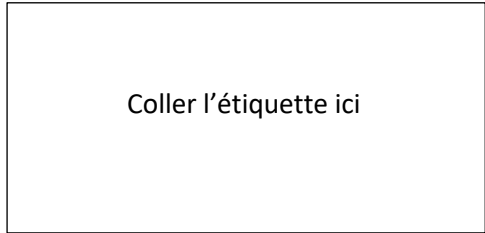
Nom :

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Sexe :



Adresse PERSONNELLE :

.....

Téléphone : Fax :

Mail PERSONNEL :

MEDECIN TRAITANT :

NUMERO DE SECURITE SOCIALE :

CONTEXTE :

- PCR ECOUVILLONAGE NASO PHARYNGE PRISE DE SANG POUR Sérologie SARS COV 2
- Lien avec un cas confirmé COVID19 positif : **OUI / NON**
- Premier diagnostic **OU** suivi patient connu COVID positif

SITUATION	SYMPTOMES
<input type="checkbox"/> Professionnel de santé/salarié d'établissement de soin PROFESSION et lieu/établissement d'exercice (préciser): <input type="checkbox"/> Patient Hospitalisé <input type="checkbox"/> Résident EHPAD <input type="checkbox"/> Patient de soins de suite et de Réadaptation <input type="checkbox"/> Patient vivant en résidence COLLECTIVE (foyer, internat...) <input type="checkbox"/> Patient vivant en résidence individuelle	<input type="checkbox"/> ASYMPTOMATIQUE <input type="checkbox"/> Bilan pré opératoire Si symptômes DATE DE DEBUT : <input type="checkbox"/> Fièvre (y compris sensation fébrile, frissons) <input type="checkbox"/> Toux <input type="checkbox"/> Dyspnée (signes infections respi) <input type="checkbox"/> Signes digestifs <input type="checkbox"/> Anosmie et/ou agueusie <input type="checkbox"/> Douleurs musculaires/courbatures <input type="checkbox"/> Fatigue intense <input type="checkbox"/> Céphalées <input type="checkbox"/> Autres (à préciser)

DOCUMENTS A FOURNIR

- ordonnance
- copie attestation SS / ou à défaut de la carte vitale
- copie carte de mutuelle

LE PORT DU MASQUE EST OBLIGATOIRE DANS TOUS NOS LABORATOIRES,

RESPECTEZ LES GESTES BARRIERES