

## **RT-PCR SARS-CoV-2 SANS PRESCRIPTION ARRETE DU 24 JUILLET 2020**

**NOM** \_\_\_\_\_

**NOM DE NAISSANCE** \_\_\_\_\_

**PRENOM** \_\_\_\_\_

**DATE DE NAISSANCE** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Mail** \_\_\_\_\_

**TEL PORTABLE** \_\_\_\_\_

**ADRESSE** \_\_\_\_\_

**N° DE SS** \_\_\_\_\_

**CENTRE DE SECU** (CPAM, MSA, MGEN, MCV PAP, SNCF + DEPARTEMENT) \_\_\_\_\_

**MEDECIN TRAITANT A CONTACTER** \_\_\_\_\_

- **MODE DE RESIDENCE**    individuel / EHPAD / collectivité
- **PROFESSIONNEL DE SANTE**    OUI/ NON
- **SYMPTOMES**
  - NON
  - OUI    date des symptômes
- **PRE OP**
- **VOYAGE**
- **CAS CONTACT**