

FEUILLE DE DEMANDE D'EXAMEN SARS-Co-V2

PATIENT(E)

NOM:

Nom de naissance:

PRENOM:

Sexe M F

DATE de NAISSANCE: _____

Adresse :

CP /Ville _____

Tel : _____

Mail : _____

Numéro sécurité sociale :

ANALYSES

SEROLOGIE

PCR

AUTRES RENSEIGNEMENTS

Premier diagnostic

Suivi patient confirmé

Contact avec personne COVID +

OUI NON

Renseignements cliniques

- asymptomatique
- symptômes apparus le jour/ veille
- symptômes apparus 2-3-4 jours avant
- symptômes apparus 5-6-7 jours avant
- symptômes apparus 8 à 14 jours avant
- symptômes apparus 15-28 jours avant
- symptômes apparus plus de 4 sem avant

Symptômes (préciser) :

Personnel soignant

OUI (préciser) :

NON

Date / Heure de Prélèvement

____ à ____ h ____

Code site (donné par le LDA13)

ARS

Type d'hébergement

- Individuel
- Hospitalisé
- EHPAD
- Milieu carcéral
- Autre hébergement collectif