

Fiche de renseignements cliniques  
**COVID-19 (SARS-CoV-2)**

**MÉDECIN PRESCRIPTEUR ET PRÉLEVEUR**

MÉDECIN PRESCRIPTEUR (si ordo)

MEDECIN CPAM (personne contact)

Code prescripteur COVID (n° AM 29199143 8)

PRÉLEVEUR :

**PATIENT(E)**

Nom : ..... Prénom : ..... Nom de naissance : .....

Date de naissance :

Sexe :  F  M

Tél : .....

e-mail : .....

Adresse : .....

CP :     Ville : .....

Numéro de sécurité sociale : ..... Caisse : .....

**NATURE DU PRÉLÈVEMENT :**

NASOPHARYNGE (COVPCR)

SEROLOGIE (YSCOV1)

Date de prélèvement :

HEURE de prélèvement : ...../.....

**PATIENTS :**

Patient symptomatique : (Ordo obligatoire)

Personne asymptomatique ayant été en contact à risque élevé de transmission avec une personne testée positivement (« cas confirmé ») : sur présentation du SMS ou mail provenant de la sécu

Bilan Pré-op

**RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES**

**Typologie du lieu de résidence :**

Hébergement individuel

Hébergement collectif

Ne sait pas

Hospitalisé

Résident EHPAD

**Professionnel de santé**

oui

non

ne sait pas

**Patients et symptôme :**

Asymptomatique  Symptômes apparus le jour ou la veille du prélèvement

Ne sait pas

Symptômes apparus 2, 3 ou 4 jours avant le prélèvement

Symptômes apparus 5, 6 ou 7 jours avant le prélèvement

Symptômes apparus entre 8 et 15 jours avant le prélèvement

Symptômes apparus plus de 2 semaines avant le prélèvement