

FICHE DE RENSEIGNEMENTS CONFIDENTIELS PRELEVEMENTS COVID (PCR/Sérologie)

A COMPLETER OBLIGATOIREMENT POUR LA PRISE EN CHARGE DU PRELEVEMENT

PRELEVEUR EXTERNE :

Nom du préleveur :

Date et heure de prélèvement :

PATIENT :

Nom : Nom de jeune fille :

Prénom : Sexe : homme femme

Date de naissance :

Tel (portable) :

Mail :@.....

Adresse postale :

.....

N° de sécurité sociale :

Caisse :

• Lieu de résidence :

- Hébergement individuel
- Hospitalisé
- EHPAD
- Milieu carcéral
- Autre structure d'hébergement collectif

• **Etes-vous un professionnel de Santé ?** oui non

• **Etes-vous symptomatique ?** oui non

○ Si oui, **date d'apparition** des symptômes :

• **Pays de provenance ?**

• **Cas contact ?** oui non

• **Pré-opérateur ?** oui non

○ Si oui : Nom prescripteur/chirurgien :

○ Et Nom de la clinique :

• **Antécédent de test PCR positif ?** oui non

○ Si oui, date d'apparition des symptômes :

LABORATOIRE :

- Heure de réception :