

Prescripteur :

Les champs avec une astérisque sont à renseigner obligatoirement

GEN-PRE-ENR09 : Fiche de Renseignements SARS-CoV-2 (COVID-19)

PATIENT

Nom de naissance* : **Téléphone portable* :**
 Nom marital : Profession :
Prénom* : **Adresse principale/Pays* :**
Date de naissance* : **Age :** ans
Sexe : F H **@Mail* :**
n° sécurité sociale* :

Sérologie COVID déjà réalisée : Non Oui : Date Positif Négatif
RT-PCR COVID déjà réalisée : Non Oui : Date Positif Négatif
Test antigénique déjà réalisé : Non Oui : Date Positif Négatif

Informations SI-DEP

▪ **Hébergement :**
 Individuel privé EHPAD Hôpital/Etablissement de Soins Milieu carcéral
 Hébergement collectif (établissements sociaux et médico sociaux, casernes, résidences universitaires, internats)
 N° de campagne DGS/ARS :
 Patient résident hors de son département :
 Pays de résidence passagère : Département : Code postal :
 Patient revenu de l'étranger - Pays de provenance : Date du retour :

CONTEXTE DE REALISATION DE L'EXAMEN (Plusieurs choix possibles)

Je dispose d'une ordonnance pour réaliser un test RT-PCR ou une sérologie
 Symptômes : oui non
Date de début des signes* : ____/____/____
 J'ai été contacté par SMS par la cellule RIPOSTE de l'ARS ou par l'Assurance Maladie
 Je suis un professionnel de santé : oui non
 J'ai été en contact étroit avec un cas confirmé
 Nom/Prénom du contact : **Autre contexte (Précisez) :**

PRELEVEMENT

Nom/prénom du préleveur : **Date/heure :**
Diagnostic par PCR (Préciser la nature du prélèvement) **Sérologie** (Tube sec à gel)
 Nasopharyngé (écouvillon) Salivaire Autre :

Informations au Patient

En vertu du Code de la Santé Publique et de la Loi « Informatique et liberté », et dans le respect de la confidentialité, nous vous informons que les données associées à votre test peuvent être transmises à la cellule d'intervention de Santé Publique France en région (SI-DEP ou Système d'Informations de DEPistage), à l'agence régionale de santé (ARS) et que votre échantillon biologique pourra être utilisé à des fins de recherche.

Je consens : oui **Signature du patient :**
 Non **(ATTENTION !!! Notez bien qu'en l'absence de votre consentement, l'examen ne pourra pas être réalisé)**