

Site de provenance du prélèvement :

1	2	3	4	5	6	7	8	10	11	12	13	14	15
---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----

Prescripteur :

*Les champs avec « * » 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	@Mail* :
Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H	
n° sécurité sociale* :	
Fumeur : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Sérologie COVID déjà réalisée : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui : Date <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif
	RT-PCR COVID déjà réalisée : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui : Date <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif

INFORMATIONS SI-DEP

<input type="checkbox"/> Hébergement individuel privé	<input type="checkbox"/> EHPAD	<input type="checkbox"/> Hôpital/Etablissement de Soins	<input type="checkbox"/> Milieu carcéral
<input type="checkbox"/> Hébergement collectif (établissements sociaux et médico sociaux, casernes, résidences universitaires, internats)			
<input type="checkbox"/> N° de campagne DGS/ARS :			
<input type="checkbox"/> Patient résident hors de son département - Pays de résidence passagère :		Département :	Code postal :
<input type="checkbox"/> Patient revenu de l'étranger - Pays de provenance :			

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

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

CONTEXTE DE PRESCRIPTION (Plusieurs choix possibles)

<input type="checkbox"/> Fièvre T°C :	<input type="checkbox"/> Rhinite (écoulement du nez – éternuement)	<input type="checkbox"/> Malaise Diarrhées
<input type="checkbox"/> Toux	<input type="checkbox"/> Anosmie (perte de l'odorat)	<input type="checkbox"/> Conjonctivite
<input type="checkbox"/> Maux de gorge	<input type="checkbox"/> Agueusie (perte du goût)	<input type="checkbox"/> Vomissements
<input type="checkbox"/> Asthénie (fatigue)	<input type="checkbox"/> Myalgie (douleurs musculaires)	Autres signes (précisez) :
<input type="checkbox"/> Dyspnée (détresse respiratoire)	<input type="checkbox"/> Céphalées (maux de tête)	

FACTEURS DE RISQUE DE GRAVITE

Présence de facteur(s) de risque ? <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Obésité morbide (IMC ≥ 40)	<input type="checkbox"/> Maladie respiratoire
<input type="checkbox"/> Oui - Si oui précisez :	<input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/> Immunodépression
<input type="checkbox"/> Grossesse – Terme : SA	<input type="checkbox"/> Maladie cardiovasculaire	<input type="checkbox"/> Autre maladie chronique (Précisez) :
	<input type="checkbox"/> Asthme	

Consentement du 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 Non*

Signature du patient :

*En absence de consentement votre examen ne pourra pas être réalisé