

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

■ Patient : Fournir la carte de sécurité sociale, la mutuelle et le cas échéant l'ordonnance

Nom : Prénom : Sexe : F M Date de Naissance :

Nom de Naissance : Adresse :

CP : Ville :

N°SS : Pays :

N° portable : Email :

Si absence d'ordonnance : Médecin traitant :

■ SIDEP

Lieu de Résidence : Individuel Hospitalisé EHPAD Milieu carcéral

Structures hébergement collectif: Ne sait pas

Personnel de santé : OUI NON

Renseignements cliniques :

Vaccination contre grippe saisonnière OUI NON

Maladie chronique OUI NON Si oui laquelle :

Cas contact envoyé par la CPAM (SMS) N°DGS/ARS :

Symptômes apparus :

le jour ou la veille du prélèvement 2, 3 ou 4 jours avant le prélèvement

5, 6 ou 7 jours avant le prélèvement Entre 8 et 15 jours avant le prélèvement

Plus de 15 jours avant le prélèvement Asymptomatique

Signes cliniques

Fièvre Toux Rhinorrhée Céphalée Détresse respiratoire aiguë Diarrhée

Douleurs abdominales Perte de goût Perte de l'odorat Autres :

Contexte

Pré-opératoire Avant départ en voyage Patient symptomatique

Cas contact de personne ayant séjourné à l'étranger dans les 14 jours suivants son retour

Pays de provenance :

Retour de voyage dans les 14 jours précédents : Pays de provenance :
ou CP du lieu de villégiature :

Contrôle d'un antécédent de prélèvement positif après disparition des signes cliniques

Contact avec sujet confirmé Covid + ou suspect

Test antigénique Positif Autotest Positif

Antécédents de dépistage par PCR : NON OUI : Date : Résultat : Positif Négatif Invalide

Prélèvement : Nature : Naso-pharyngé Sanguin Salivaire

Date de prélèvement : Heure : Nom préleveur :

Lieu : Laboratoire : OUI NON si non :

Réceptionné par : Heure : Date (si différente du pvt) :

PRELEVEUR/
LABO