

FICHE DE RENSEIGNEMENTS CLINIQUES : COVID-19 (SARS-COV-2)

ADMINISTRATIF

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : F M Date de Naissance : _____
 Nom de Naissance : _____ Adresse : _____
 CP : _____ Pays : _____ N°SS : _____
 N° Portable : _____ Email : _____
 Si absence d'ordonnance : _____ Médecin traitant : _____

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - SIDEP

Lieu de Résidence : Individuel Hospitalisé EHPAD Milieu carcéral
 Structures hébergement collectif : Ne sait pas

Personnel de santé : OUI NON

Renseignements cliniques :

Pass Vaccinal : OUI NON
 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 Patient symptomatique
 Cas contact de personne ayant séjourné à l'étranger dans les 14 jours suivants son retour

Pays de provenance :

Contrôle d'un antécédent de prélèvement positif après disparition des signes cliniques
 Contact avec sujet confirmé Covid + ou suspect
 Test antigénique Positif Autotest Positif
 Avant départ en voyage
 Retour de voyage dans les 14 jours précédents : Pays de provenance : _____
 ou CP du lieu de villégiature : _____

Prélèvement : Naso-pharyngé Salivaire

Date de prélèvement : _____ Heure : _____ Nom préleveur : _____

Lieu : Domicile OUI NON si non :

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

Conforme : NON (ouvrir une NC hexalis) Détails :

À REMPLIR PAR LE PATIENT

PRÉLEVEUR/LABO