

FEUILLE DE DEMANDE D'EXAMEN SARS-Co-V2 RT PCR

PATIENT(E)

NOM :

Nom de naissance :

PRENOM :

Sexe M F

DATE de NAISSANCE :

Adresse actuelle :

.....

.....

CP /Ville

Tel :

Mail : @

Numéro sécurité sociale :

AUTRES RENSEIGNEMENTS

Premier diagnostic

Suivi patient confirmé

Contact avec personne COVID +

OUI NON

Renseignements cliniques

asymptomatique

symptômes apparus le jour/ veille

symptômes apparus 2-3-4 jours avant

symptômes apparus 5-6-7 jours avant

symptômes apparus 8 à 14 jours avant

symptômes apparus 15-28 jours avant

symptômes apparus plus de 4 sem avant

Symptômes (préciser) :

Personnel soignant

OUI (préciser) :

NON

Adresse dans les 7 j à venir : CP :.....N° département :.....Pays :.....

Médecin traitant : Nom.....Numéro :.....

Provenance si voyage dans les 15 derniers jours - Nom du Pays :.....

Date / Heure de Prélèvement

à h

Code site (donné par le LDA13)

ARS 2

Type d'hébergement

Individuel

Hospitalisé

EHPAD

Milieu carcéral

Autre hébergement collectif