

## 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