

DATE ET HEURE DU PRELEVEMENT		_____ / _____ / _____ à _____ h				Etiquette Laboratoire	
NOM DU PRELEVEUR							
INFORMATIONS IDENTITE ET COORDONNEES DU PATIENT							
Nom d'usage							
Nom de naissance							
Prénom					Sexe	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F
Date de naissance		jour		mois		année	
Adresse permanente					CP		
		Ville				Pays	
Adresse temporaire (Résidence secondaire ou lieu de vacances)					CP		
		Ville				Pays	
Téléphone							
Mail		@					
N° de sécurité sociale		___	___	___	___	___	___
Caisse de sécurité sociale		<input type="checkbox"/> CPAM <input type="checkbox"/> MGEN <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> CNMSS <input type="checkbox"/> SNCF <input type="checkbox"/> autres : __					dép ^t : __
Autorisation parentale en cas de prélèvement effectué sur un patient mineur :						Date et signature du responsable légal :	
Je soussignée Mme/M _____ autorise mon enfant _____ à bénéficier d'un prélèvement nasopharyngé / prélèvement salivaire (rayer si besoin) en vue de la réalisation d'un test RT-PCR sars-cov2 de dépistage de la covid-19 au sein de notre établissement							
<input type="checkbox"/> A LA DEMANDE DU PATIENT SANS PRESCRIPTION							
Renseigner le nom de votre médecin traitant Dr _____ ville : _____							
<input type="checkbox"/> SUR PRESCRIPTION MEDICALE (A JOINDRE) DR _____ <input type="checkbox"/> FAX _____							
RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRE :				CONTEXTE :			
TYPE DU LIEU DE RESIDENCE AU MOMENT DU PRELEVEMENT :				<input type="checkbox"/> SALIVE : prélèvement salivaire <input type="checkbox"/> AG+ : test antigénique positif <input type="checkbox"/> ABSENCE (contexte autres) <input type="checkbox"/> CONTACT : contact COVID positif <input type="checkbox"/> J7 <input type="checkbox"/> J10 <input type="checkbox"/> CONTACT COVID appel CPAM <input type="checkbox"/> PREOP : avant opération programmée le ___/___/___ <input type="checkbox"/> ENTREE : bilan d'entrée ou transfert en hôpital ou EHPAD <input type="checkbox"/> DOM : voyage dans les DOM (en France) <input type="checkbox"/> ETRANGER : voyage à l'étranger <input type="checkbox"/> RESULTATS en ANGLAIS (COV6GB) <input type="checkbox"/> N° passeport _____			
ETES-VOUS UN PROFESSIONNEL DE SANTE OU MEDICO-SOCIAL ? : <input type="checkbox"/> O : oui <input type="checkbox"/> N : non <input type="checkbox"/> U : ne sait pas				<input type="checkbox"/> INDE AVEZ-VOUS SEJOURNE EN INDE DANS LES 14 JOURS PRECEDENTS OU ETE EN CONTACT AVEC UNE PERSONNE Y AYANT SEJOURNE ? : <input type="checkbox"/> O: OUI <input type="checkbox"/> N : non			
APPARITION DE SYMPTOMES :				STATUT VACCINAL :			
<input type="checkbox"/> NON (ASY) : PAS DE SYMPTOMES <input type="checkbox"/> OUI – Présence de SYMPTOMES Depuis quand ? <input type="checkbox"/> S01 : apparus le jour ou la veille <input type="checkbox"/> S24 : il y a 2,3 ou 4 jours <input type="checkbox"/> S57 : il y a 5 à 7 jours <input type="checkbox"/> S814 : il y a entre 8 et 14 jours <input type="checkbox"/> SS34 : il y a entre 15 et 28 jours <input type="checkbox"/> SP4S : il y a plus de 4 semaines <input type="checkbox"/> U : NE SAIT PAS				<input type="checkbox"/> OUI <small>uniquement si 2 DOSES ou schéma vaccinal complet</small> Date de 2 ^{ème} injection : ___/___/___ Vaccin : Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Astra Zeneca <input type="checkbox"/> Janssen <input type="checkbox"/> NON <small>cocher NON si une seule injection ou schéma vaccinal incomplet</small> <input type="checkbox"/> 3 ème dose « rappel » : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			