



# FORMULAIRE COVID RT-PCR

A remplir par le patient ou la personne réalisant le prélèvement

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Sexe :  M  F Numéro de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél Portable : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

Médecin traitant : \_\_\_\_\_

Cas contact avec un cas positif CONFIRME :  Non  Oui

---

## RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES

---

Lieu de résidence :

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hébergement individuel | <input type="checkbox"/> Milieu carcéral                         |
| <input type="checkbox"/> Hôpital                | <input type="checkbox"/> Autre structure d'hébergement collectif |
| <input type="checkbox"/> EHPAD                  | <input type="checkbox"/> Ne sait pas                             |

Personnel de santé ou médico-social :  Non  Oui  Ne sait pas

Présence de SYMPTOMES :  Non  Oui si oui : Sont-ils apparus :

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> depuis hier/aujourd'hui | <input type="checkbox"/> il y a 2,3,4 jours   | <input type="checkbox"/> il y a 5,6,7 jours        |
| <input type="checkbox"/> il y a 8 à 14 jours     | <input type="checkbox"/> il y a 15 à 28 jours | <input type="checkbox"/> il y a plus de 4 semaines |

Résidence différente dans les 7 jours à venir :  Non  Oui

Si Oui dans quel pays/département :

Provenance si voyage dans les 14 derniers jours :  Non  Oui

Si Oui dans quel pays/département :

Dépistage avant Hospitalisation :  Non  Oui : date hospitalisation : \_\_/\_\_/\_\_

---

## IDENTIFICATION DU PRELEVEMENT

---

Préleveur : \_\_\_\_\_ Date : \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Heure : \_\_/\_\_\_\_