

COVID-19 : Feuille de renseignements

Coller l'étiquette code à barres
: ORDO

Prélèvement
Date : Heure : Visa :

Prise de rendez-vous pour le dépistage du Covid-19		<u>Informations obligatoires</u>	
Nom :	Prénom :	Sexe :	
Nom de naissance :	Date de naissance :		
Nom médecin traitant :			
Email :	Numéro de portable :		
Adresse :	Numéro de sécurité sociale :		

Type hébergement	Type de profession
☐ Maison ou appartement (seul ou en famille)	☐ Professionnel de santé (médical ou paramédical)
☐ Hospitalisé	☐ Non professionnel de santé
☐ Résident EHPAD	
☐ En milieu carcéral	
☐ Autre structure d'hébergement collectif	

La ou les raisons pour laquelle je me fais dépister	
☐ Je dispose d'une prescription médicale pour réaliser un test RT-PCR	☐ Je prends prochainement un transport pour lequel un test est exigé
☐ J'ai des symptômes : ☐ Fièvre supérieure à 37,5 sur plusieurs heures, ☐ Toux sèche ou grasse, ☐ Sensation d'essoufflement, ☐ Courbatures, ☐ Frissons, ☐ Maux de tête, ☐ Perte de goût, ☐ Perte de l'odorat, ☐ troubles digestifs, ☐ Autres	
Date d'apparition	
☐ Je souhaite me faire dépister de ma propre initiative	☐ J'ai fréquenté un endroit ou une personne à risque (rassemblement collectif, etc.)
☐ Je dois bientôt rentrer à l'hôpital, en EHPAD ou en établissement social	

Je reviens d'un voyage dans un pays étranger dans les 14 derniers jours

☐ Non ☐ Oui Pays de départ.....

Signature patient :

COVID-19 : Feuille de renseignements

Coller l'étiquette code à barres
: ORDO

Prélèvement
Date : Heure : Visa :

Prise de rendez-vous pour le dépistage du Covid-19		<u>Informations obligatoires</u>	
Nom :	Prénom :	Sexe :	
Nom de naissance :	Date de naissance :		
Nom médecin traitant :			
Email :	Numéro de portable :		
Adresse :	Numéro de sécurité sociale :		

Type hébergement	Type de profession
☐ Maison ou appartement (seul ou en famille)	☐ Professionnel de santé (médical ou paramédical)
☐ Hospitalisé	☐ Non professionnel de santé
☐ Résident EHPAD	
☐ En milieu carcéral	
☐ Autre structure d'hébergement collectif	

La ou les raisons pour laquelle je me fais dépister	
☐ Je dispose d'une prescription médicale pour réaliser un test RT-PCR	☐ Je prends prochainement un transport pour lequel un test est exigé
☐ J'ai des symptômes : ☐ Fièvre supérieure à 37,5 sur plusieurs heures, ☐ Toux sèche ou grasse, ☐ Sensation d'essoufflement, ☐ Courbatures, ☐ Frissons, ☐ Maux de tête, ☐ Perte de goût, ☐ Perte de l'odorat, ☐ troubles digestifs, ☐ Autres	
Date d'apparition	
☐ Je souhaite me faire dépister de ma propre initiative	☐ J'ai fréquenté un endroit ou une personne à risque (rassemblement collectif, etc.)
☐ Je dois bientôt rentrer à l'hôpital, en EHPAD ou en établissement social	

Je reviens d'un voyage dans un pays étranger dans les 14 derniers jours

☐ Non ☐ Oui Pays de départ.....

Signature patient :