



LABORATOIRE TOP-BIO ORMEAU ET MARCADIEU

MEDECIN TRAITANT :PRELEVEUR :

DATE DE PRELEVEMENT :HEURE DE PRELEVEMENT :

TYPE DE PRELEVEMENT : Nasopharyngé (2 narines) Sérologie

CONTACT AVEC UN PATIENT COVID-19 POSITIF : OUI NON

PATIENT

NOM : PRENOM :

DATE DE NAISSANCE : SEXE : Féminin Masculin

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

N° TELEPHONE (Obligatoire) :/ **E- mail (Obligatoire)**.....

N° SECURITE SOCIALE :

AMO : AMC :

MERCI D'ENTOURER LE RENSEIGNEMENT CORRESPONDANT

<u>LIEU DE RESIDENCE</u>	HEBERGEMENT INDIVIDUEL	EHPAD	PRISON	AUTRE STRUCTURE HEBERGEMENT COLLECTIF	INCONNU
<u>PROFESSIONNEL DE SANTE</u>	OUI	NON	NE SAIT PAS		
<u>PERSONNEL EMS</u>	OUI	NON	SI OUI, LEQUEL :		
<u>SYMPTOMES</u>	ASTHENIE TOUX	CEPHALEES DIARRHEES	FIEVRE ENGELURES	FRISSONS URTICAIRE	COURBATURES GENE RESPIRATOIRE
<u>DELAI ENTRE APPARITION DES SYMPTOMES ET PRELEVEMENT</u> <i>J0 étant le jour de début des symptômes</i>	J0 J1	J2 J3 J4	J5 J6 J7	J8-J14	J15-J28 > 4sem
	ASYMPTOMATIQUE			NE SAIT PAS	