



**COVID.19 : FICHE DE
PRELEVEMENTS ET DE
RENSEIGNEMENTS
CLINIQUES RT-PCR SARS-
CoV-2**

Ref : LABEXA-ENR-558-07
Version : 08
Applicable le : 01-03-2021



Les renseignements marqués d'une * sont OBLIGATOIRES : système d'information de dépistage (SI-DEP)

RENSEIGNEMENTS PATIENT

Carte d'identité vérifiée : Oui Non

SEXE* : H F

NOM d'USAGE* : NOM DE NAISSANCE* :

PRENOM* : DDN* : __/__/____

ADRESSE ACTUELLE* : N° DE PORTABLE* :

..... N° tél fixe :

Email : N° SS (15 chiffres) :

Médecin traitant : Vaccin anti-grippe : Oui Non Non connu

Date d'hospitalisation :

Etiquette patient

Ou

QR Code Patient

PRELEVEUR

NOM + PRENOM :

Date et heure du prélèvement :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Nature du prélèvement :

<input type="checkbox"/> Écouvillonnage nasopharyngé	<input type="checkbox"/> Liquide broncho-alvéolaire
<input type="checkbox"/> Ecouvillonnage nasal profond	<input type="checkbox"/> Autre, précisez.....
<input type="checkbox"/> Salive	

Date des 1ers symptômes :

LA OU LES RAISONS POUR LAQUELLE JE ME FAIS DEPISTER*

- Je dispose d'une prescription médicale pour réaliser un test RT-PCR
- J'ai des symptômes (perte de l'odorat, perte de goût, fièvre, toux, ...) et ils sont apparus :
 - Moins de 24h avant le prélèvement
 - 2, 3 ou 4 jours avant le prélèvement
 - 5, 6 ou 7 jours avant le prélèvement
 - Entre 8 et 14 jours avant le prélèvement
 - Entre 15 et 28 jours avant le prélèvement
 - Plus de quatre semaines avant le prélèvement
- Je n'ai pas de symptômes
- Je suis allé(e) au Royaume-Uni dans les 14 jours précédant la date des symptômes ou mon dépistage.
- J'ai été en contact avec une personne ayant séjourné au Royaume Uni.
- J'ai été appelé par un enquêteur sanitaire
- J'ai reçu une notification de StopCovid
- Je suis un professionnel intervenant dans le système de santé
- J'ai reçu un bon pour me faire dépister
- 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 prends prochainement un transport pour lequel un test est exigé
- Je souhaite me faire dépister de ma propre initiative

TYOLOGIE DU PATIENT

Lieu de résidence actuelle* :

- Hébergement individuel
- Hospitalisé
- Résident en EHPAD
- Milieu carcéral
- Autre structure d'hébergement collectif
- Ne sait pas

Hébergement individuel = appartement, maison individuelle, colocation, ...

Structure d'hébergement collectif = internat, logement étudiants (CROUS,...), caserne, résidence pour personnes âgées non médicalisées, foyer de l'enfance, établissement médico-social pour personnes handicapées, centre d'hébergement à caractère social (CHRS, CHU etc.)...

PRESENCE DE MALADIES CHRONIQUES : Oui Non

- Diabète
- Maladie cardio-vasculaire
- Maladie respiratoire
- Immunodépression
- Cirrhose
- Insuffisance rénale
- Obésité (IMC > 40)
- Autre maladie chronique, précisez.....