DOCUMENT CONFIDENTIEL
RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ÉTAT PATHOLOGIQUE DU PATIENT

DECONFINEMENT

Fiche de renseignements cliniques
COVID-19 (SARS-CoV-2)

MÉDECIN PRESCRIPTEUR

MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Nom : .....
Hôpital/service : .....
Tél. :
Fax : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

LABORATOIRE PRÉLEVEUR

LABORATOIRE PRÉLEVEUR

Nom : .....
☐ Hôpital ☐ LBM
CP : |_|_|_|_|_| Ville : .....
Tél. :
Fax : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

PATIENT

Nom : ..... Prénom : ..... Nom de naissance : .....
Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Sexe : ☐ F ☐ M N° de SS : .....
CP : |_|_|_|_|_| Ville : .....

PROFESSIONNEL DE SANTE ? ☐

LIEU DE RESIDENCE

☐ Hébergement individuel.
☐ Hospitalisé.
☐ Résident en EHPAD.
☐ En milieu carcéral.
☐ Autre structure d'hébergement collectif.

APPARITION DES PREMIERS SYMPTÔMES

☐ Asymptomatique
☐ Accord HN
☐ Symptômes apparus **le jour ou la veille** du plvt
☐ Symptômes apparus **2,3,4** jours avant le plvt
☐ Symptômes apparus **5,6,7** jours avant le plvt
☐ Symptômes apparus entre **8 et 15j** avant le plv
☐ Symptômes apparus **>15 jours** avant le plv

SIGNES CLINIQUES

☐ Fièvre
☐ Signes respiratoires
☐ Syndrome de détresse respiratoire aiguë
☐ Syndrome grippal
☐ Signes digestifs
☐ Insuffisance rénale
☐ Conjonctivite
☐ Asymptomatique

NATURE DU PRELEVEMENT

☐ Nasopharyngé
☐ Expectoration/crachat
☐ LBA

Date de prélèvement : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|