

! 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 : Vaccination anti-Covid-19: Oui Non

Si oui, date 1^{ère} injection:, 2^{ème} injection:

Contrôlé par : 3^{ème} injection:

TRANSMISSION RESULTATS : Internet à poster à garder labo personne mandatée :

URGENT à faxer au prescripteur

Etiquette patient

Ou

QR Code Patient

PRELEVEUR

NOM + PRENOM :

Date et heure du prélèvement :

N° de téléphone :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Nature du prélèvement : Écouvillonnage nasopharyngé Autre, précisez.....

Ecouvillonnage nasal profond

SYMPTOMES*

Je n'ai pas de symptômes

J'ai des symptômes (perte de l'odorat, perte de goût, fièvre, toux, ...) et ils sont apparus :

Moins de 24h avant le prélèvement

Entre 8 et 14 jours avant le prélèvement

2, 3 ou 4 jours avant le prélèvement

Entre 15 et 28 jours avant le prélèvement

5, 6 ou 7 jours avant le prélèvement

Plus de quatre semaines avant le prélèvement

CONTEXTE

Pays de résidence actuelle* : France Autre :

Voyage dans les 14 jours précédant la date des symptômes ou mon dépistage : Oui Non

Si oui, pays de provenance: Inde

Autre pays :

LA OU LES RAISONS POUR LAQUELLE JE ME FAIS DEPISTER*

Je suis symptomatique

Je fais partie d'un cluster

Je suis contact avec un cas confirmé (notification de TousAntiCovid, assurance maladie, etc...)

Je dois bientôt rentrer à l'hôpital, en EHPAD ou en établissement social Date d'entrée :

Je prends prochainement un transport pour lequel un test est exigé

Je souhaite me faire dépister de ma propre initiative

Contrôle d'un test antigénique ou RT-PCR positif (date du test :

Contrôle d'un autotest positif (date du test :) saisir code ARS sur la ligne N° campagne ARS*

TYOLOGIE DU PATIENT

Professionnel de santé* : Oui Non

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, etc.), caserne, résidence pour personnes âgées non médicalisées, etc...

PRESENCE DE MALADIES CHRONIQUES : Oui Non

Diabète Maladie cardio-vasculaire Maladie respiratoire Immunodépression sévère

Cirrhose Insuffisance rénale Obésité (IMC > 40) Autre maladie chronique précisez.....

⚠ Information with an * is mandatory (SI-DEP)

PATIENT INFORMATION

Verified identity card :: Yes No

SEXE*: H F

LAST NAME* :

BIRTH NAME* :

First Name* :

Date of birth* : __/__/____

ADDRESS* :

Mobile number* :

Email :

Vaccination anti-Covid-19: Yes No

Valid health pass: Oui Non

If yes, date of injection: 1st jab 2nd jab

Controlled by :

3rd jab.....

RESULTS TRANSMISSION : Internet to post to keep in the lab authorized person :

URGENT to fax to the prescriber

Etiquette patient

Ou

QR Code Patient

SAMPLER (to be filled in by the lab)

LAST NAME + First name:

Date and time of sample:

Phone number:

CLINICAL INFORMATION

Type of sample :

Nasopharyngeal swab

Other, specify :

Deep nasal swab

SYMPTOMS*

I do not have any symptoms

I have symptoms (loss of smell, loss of taste, fever, cough ...) and they appeared :

Less than 24h before sample

Between 8 and 14 days before sample

2, 3 ou 4 days before sample

Between 15 and 28 days before sample

5, 6 ou 7 days before sample

More than 4 weeks before sample

CONTEXT

Current country of residence* : France Autre :

Travel within 14 days of symptoms or creening : Yes No

If yes, country of origin : India Other country (specify) :

REASON(S) FOR BEING TESTED*

I am symptomatic

I am part of a cluster

I have been in contact with someone positive for Covid 19

I will soon go into hospital or a care home

I will soon use transport which requires testing

I have decided to test myself

Control after a positive antigenic test or RT-PCR test (date of test :

Control after a positive self-test (date of test :

TPOLOGY OF PATIENT

Health professional * : Yes No

Current type of residence* :

House, apartment, shared Hospital Care home resident Prison

Collective accomodation structure I don't know

Collective accomodation structure = boarding school, student residence, barracks ...

CHRONIC DISEASES : Yes No

Diabetes

Heart disease

Respiratory disease

Severe Immunodepression

Cirrhosis

Renal failure

Obesity (BMI > 40)

Other (specify) :