

**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) : .....

Etiquette patient

Ou

QR Code Patient

**PRELEVEUR**

NOM + PRENOM : ..... Date et heure du prélèvement : .....

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES**

**Nature du prélèvement :**
  
 Écouvillonnage nasopharyngé  Liquide broncho-alvéolaire
   
 Ecouvillonnage nasal profond  Autre, précisez.....

**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
- 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

**TYPLOGIE 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.....