

INFORMATIONS PATIENT

NOM (en MAJUSCULE) :

NOM de naissance (en MAJUSCULE) :

Prénom (en MAJUSCULE) :

Sexe : M F Date de naissance :/...../.....

Téléphone :

Adresse principale :

Code postal Ville

INFORMATIONS ASSURE

NOM de l'assuré (par exemple si le patient est un enfant) :

Prénom de l'assuré :

Sexe : M F Date de naissance :/...../.....

N° Sécurité Sociale :

Caisse (CPAM, MGEN, MSA, ...) N° département :

Médecin traitant : NOM : Prénom :

Spécialité : Ville / Département :

RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES

① Adresse e-mail patient : (en MAJUSCULE)

@

② Lieu de résidence

Hébergement individuel (maison, appartement, ...)

Hébergement collectif : Hospitalisé EHPAD Foyer

③ Professionnel de santé (médecin, IDE, aide-soignant, ASH, ...) OUI NON

④ Date d'apparition des premiers symptômes

Ne sait pas Pas de Symptômes Le jour ou la veille du prélèvement

2, 3 ou 4 jours 5, 6 ou 7 jours Entre 8 et 14 jours

Entre 15 et 28 jours Plus de 28 jours

⑤ Bilan avant opération chirurgicale NON

OUI Préciser le nom de l'hôpital ou de la clinique :

⑥ **Vous avez été contacté par un médecin, par l'ARS ou par la CPAM suite à un contact avec un patient Covid positif ?** OUI NON

⑦ **Avez-vous prévu dans les 7 prochains jours de séjourner dans un autre lieu que votre résidence habituelle ?** NON

OUI { Quel code postal ou département ?

Quel pays ?

⑧ **Dans les 14 derniers jours, avez-vous séjourné dans un autre lieu que votre résidence habituelle ?** NON

OUI { Quel code postal ou département ?

Quel pays ?

PARTIE RESERVEE AU LABORATOIRE

PRELEVEMENT

NOM et PRENOM du préleveur :

Date du prélèvement :/...../..... Heure du prélèvement :H.....

RESULTATS

Consultation des résultats patient sur Laboconnect

Etiquette SCAN FLOT