



## IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom, Prénom :		DDN :	<input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> CMU <input type="checkbox"/> Invalidité
Nom de naissance (obligatoire) :		Sexe :	<input type="checkbox"/> Maternité <input type="checkbox"/> AT
Adresse :			
CP :	Ville :	Tél. :	

## PRELEVEMENTS

Nom du prescripteur :	Ville :		
Identité Préleveur :	Date :	Heure :	

## RENSEIGNEMENTS

<b>Lieu de Résidence :</b>	<input type="checkbox"/> Hébergement individuel	<input type="checkbox"/> Résident en EHPAD	<input type="checkbox"/> Autre structure d'hébergement collectif
	<input type="checkbox"/> Hospitalisé	<input type="checkbox"/> En milieu carcéral	<input type="checkbox"/> Ne sait pas

<b>Professionnel de santé ou médico-social :</b>	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
--	------------------------------	------------------------------	--------------------------------------

<b>Signes Cliniques Evocateurs :</b>	<input type="checkbox"/> Aucun	<input type="checkbox"/> Fièvre	<input type="checkbox"/> Asthénie
	<input type="checkbox"/> Toux sèche	<input type="checkbox"/> Difficultés respiratoires	<input type="checkbox"/> Perte du goût et/ou odorat
	<input type="checkbox"/> Signes digestifs (Diarrhées, anorexie)	<input type="checkbox"/> Myalgies	<input type="checkbox"/> Autres :

<b>Apparition premiers symptômes : (Avant le prélèvement)</b>	<input type="checkbox"/> Asymptomatique	<input type="checkbox"/> Le jour ou la veille	<input type="checkbox"/> 2, 3 ou 4 jours
	<input type="checkbox"/> 5, 6 ou 7 jours	<input type="checkbox"/> 8 et 15 jours	<input type="checkbox"/> Plus de deux semaines
	<input type="checkbox"/> Ne sait pas		

<b>Recherche directe par PCR préalable :</b>	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Si OUI : Date de la recherche PCR :			
Si OUI : Laboratoire de réalisation :			
Si OUI : Résultat :			
	<input type="checkbox"/> POSITIF	<input type="checkbox"/> Négatif	<input type="checkbox"/> Indéterminé

Vaccination contre la grippe saisonnière	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Maladie auto-immune	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Prise d'un traitement immunosuppresseur	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Chimiothérapie	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Ne sait pas

## REGLEMENT ET ACCORD DU PATIENT

La sérologie Covid-19 est actuellement un test hors nomenclature (HN) donc non remboursée et à la charge du patient : le prix est de 30 €.

Je soussigné(e) (nom, prénom) .....  
.....  
reconnais avoir pris connaissance des conditions ci-dessus.

Je donne mon accord pour réaliser l'acte de prélèvement, en vu de la réalisation des analyses du bilan demandé et régler le montant total correspondant au laboratoire préleveur.

Fait à : ..... Le .../.../....

Signature du patient