



## IDENTITE DU PATIENT

Nom\* : .....

Nom de naissance\* : .....

Prénom\* : .....

Sexe\* :  F  H Date de naissance\* : .....

Adresse\* : .....

Code postal\* : ..... Ville\* : .....

Pays de résidence principale\* : .....

Êtes-vous expatrié ? Si oui, dans quel pays : .....

Etes-vous allé à l'étranger dans les 14 derniers jours ? Si oui, dans quel pays : .....

Téléphone\* : ..... Adresse mail personnelle\* : .....

N° de Sécurité sociale\* : .....

Médecin traitant\* : .....

*Etiquette du patient*

## LIEU DE RESIDENCE HABITUEL\*

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hébergement individuel (I) | <input type="checkbox"/> Milieu carcéral (C)             |
| <input type="checkbox"/> Résident en EHPAD (E)      | <input type="checkbox"/> Autre hébergement collectif (A) |
| <input type="checkbox"/> Hospitalisé (H)            | <input type="checkbox"/> Ne sait pas (U)                 |

## PERSONNEL DE SANTE\*

- OUI
- NON

## TEST DEMANDE POUR :

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Personne symptomatique avec prescription | <input type="checkbox"/> Cas contact déclaré à la sécurité sociale     |
|   | <input type="checkbox"/> Cas contact NON déclaré à la sécurité sociale |
|   | <input type="checkbox"/> Voyage : .....                                |
|   | <input type="checkbox"/> Autre cas : .....                             |

## SIGNES CLINIQUES

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> OUI              | <input type="checkbox"/> NON (patient asymptomatique) |  |
| <input type="checkbox"/> Fièvre           | <input type="checkbox"/> Signes respiratoires         | <input type="checkbox"/> Signes digestifs            |
| <input type="checkbox"/> Syndrome grippal | <input type="checkbox"/> Signes cutanés               | <input type="checkbox"/> Perte brutale d'odorat/goût |

## APPARITIONS DES 1<sup>E</sup> SYMPTÔMES AVANT LE PRELEVEMENT\*

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Le jour ou la veille (S01) | <input type="checkbox"/> 5 à 7 jours avant (S57)   | <input type="checkbox"/> Entre 15j et 28j avant (SS34)   |
| <input type="checkbox"/> 2 à 4 jours avant (S24)    | <input type="checkbox"/> 8 à 14 jours avant (S814) | <input type="checkbox"/> Plus de 4 semaines avant (SP4S) |
| <input type="checkbox"/> Ne sait pas (U)            |  |  |

## PRELEVEMENT (cadre réservé au laboratoire)

Préleveur (Nom et fonction) : .....

Jour et heure de prélèvement\* : le ..... à ..... h.....

Type de prélèvement :  Prélèvement naso-pharyngé  Prélèvement oropharyngé  Prise de sang

\* Information obligatoire pour la transmission des résultats à Santé Publique France  
**Conserver et transporter le prélèvement au froid dans un triple emballage**