**Fiche de renseignements cliniques RT-PCR COVID-19 (SARS-CoV-2)**

**Il est IMPERATIF que les informations notées soient LISIBLES pour générer l’envoi du PASS SANITAIRE**

**Date de prélèvement** : …………………………… **Heure du prélèvement** :…………………......P**réleveur** : …………………..…

**Résultats Patient :** Site internet (adresse mail à renseigner ci-dessous) ❒ A poster ❒

* **PATIENT** (tous les champs sont obligatoires)

Nom : ............................................................................................ Prénom : ………………………………………….…………...…

Nom de naissance : ........................................................

Date de naissance : / / Sexe : F M

Adresse postale : ………………………………………………………………………………………………………………….…………..

CP : ......................................................................... Ville : ..............................................................................................................

Téléphone portable : ………………………………………….. Email : ……………………………………………................................

N° de sécurité sociale : ……………………………………………………………………………………………………………..…………

* **MÉDECIN TRAITANT :** ……………………………………**MEDECIN PRESCRIPTEUR** ……………………..……….………

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES**

* **LIEU DE RESIDENCE**
* Hébergement individuel
* Hospitalisé
* Résident en EHPAD
* Milieu carcéral
* Autre structure d’hébergement collectif
* Ne sait pas
* **PROFESSIONNEL DE SANTE**
* OUI
* NON
* **CONTEXTE**
* Cas possible
* Cas contact
* Pré-opératoire: Date prévue: ........./.........../.........
* Voyage
* **RETOUR DE PAYS VARIANT COVID (de moins de 14j)**
* NON
* OUI SI OUI, lequel :
* **TEST ANTIGENIQUE POSITIF POUR CRIBLAGE**
* OUI
* NON
* **VACCINATION**
* NON
* OUI
	+ Pfizer
	+ Moderna
	+ AstraZeneca
	+ Johnson & Johnson
	+ Autre :………………………
	+ Date 1ere injection :
	+ Date 2eme injection :
* **APPARITION DES SYMPTOMES AVANT PRELEVEMENT**
* Asymptomatique
* Symptômes apparus le jour ou la veille
* Symptômes apparus 2, 3 ou 4 jours avant
* Symptômes apparus 5, 6 ou 7 jours avant.
* Symptômes apparus entre 8 et 15 jours avant
* Symptômes apparus plus de 2 semaines avant
* **SYMPTOMES**
* Fièvre Toux  Perte de goût ou odora