

DATE ET HEURE DU PRELEVEMENT	_____ / _____ / _____ à _____ h					Etiquette Laboratoire	
NOM DU PRELEVEUR							
INFORMATIONS IDENTITE ET COORDONNEES DU PATIENT							
Nom d'usage							
Nom de naissance							
Prénom							
Date de naissance	Jour		mois		année		
Adresse permanente					CP		
	Ville				Pays		
Adresse temporaire <i>(Résidence secondaire ou lieu de vacances)</i> ENR PCRCOVIDTEMP					CP		
	Ville				Pays		
Téléphone							
Mail	@						
N° de sécurité sociale	___	___	___	___	___	___	___
Caisse de sécurité sociale (<i>ex CPAM, MGEN, MSA</i>)							
MEDECIN PRESCRIPTEUR (si ordonnance) : _____ ville _____	MEDECIN TRAITANT (si différent) : _____ ville _____						
<input type="checkbox"/> ENVOI FAX : _____	<input type="checkbox"/> ENVOI FAX : _____						
TPOLOGIE DU LIEU DE RESIDENCE : <input type="checkbox"/> I : hébergement individuel privé <input type="checkbox"/> H : hospitalisation au moment du prélèvement <input type="checkbox"/> E : résidence en EHPAD <input type="checkbox"/> C : milieu carcéral <input type="checkbox"/> A : autre structure (caserne, internat, sdf, etc...) <input type="checkbox"/> U : ne sait pas	PROFESSIONNEL DE SANTE OU MEDICO-SOCIAL <input type="checkbox"/> O : oui <input type="checkbox"/> N : non <input type="checkbox"/> U : ne sait pas						
APPARITION DES SYMPTOMES : <input type="checkbox"/> ASY : asymptomatique (pas de symptômes) <input type="checkbox"/> S01 : symptômes apparus le jour ou la veille <input type="checkbox"/> S24 : symptômes apparus 2,3 ou 4 jours avant <input type="checkbox"/> S57 : symptômes apparus 5 à 7 jours avant <input type="checkbox"/> S814 : symptômes apparus entre 8 et 14 jours avant <input type="checkbox"/> SS34 : symptômes apparus entre 15 et 28 jours avant <input type="checkbox"/> SP4S : symptômes apparus plus de 4 semaines avant <input type="checkbox"/> U : ne sait pas	CONTEXTE : <input type="checkbox"/> ABSENCE : absence de voyage <input type="checkbox"/> CONTACT : contact COVID positif <input type="checkbox"/> CONTACT COVID appel CPAM <input type="checkbox"/> PREOP : avant intervention chirurgicale <input type="checkbox"/> ENTREE : bilan d'entrée ou transfert en hôpital ou EHPAD <input type="checkbox"/> DOM : voyage dans les DOM (en France) <input type="checkbox"/> ETRANGER : voyage à l'étranger						
SYMPTOMES : <input type="checkbox"/> Fièvre <input type="checkbox"/> Signes d'infection respiratoire <input type="checkbox"/> Anosmie/agueusie (perte odorat/perte de goût) <input type="checkbox"/> Douleurs musculaires/articulaires <input type="checkbox"/> Signes digestifs (diarrhées, vomissements) <input type="checkbox"/> Autre (à préciser) : _____	adresse mail par site : covid19.chateaubernard@synlab-charentes.fr covid19.saintes@synlab-charentes.fr covid19.royan@synlab-charentes.fr covid19.marennes@synlab-charentes.fr covid19.stja@synlab-charentes.fr covid19.saujon@synlab-charentes.fr covid19.larochelle@synlab-charentes.fr covid19.angouleme@synlab-charentes.fr						