



La version électronique fait foi.

Les champs annotés d'un astérisque * sont OBLIGATOIRES

Examen demandé* : RT-PCR

> Patient

Nom usuel* : Nom de naissance* :
Prénom* : Sexe* : Femme Homme Date de naissance* : / /
Adresse* :
Ville* : Code postal* :
Lieu de résidence* :
 Hébergement individuel (maison, appartement, etc.) Résidence en EHPAD :
 Autre structure d'hébergement collectif (MDR, internat, logement étudiant, caserne, centre social, etc.) :
 Hospitalisé, nom de l'établissement :
 Milieu carcéral Ne sait pas
N° de téléphone* : Mail : @
N° Sécurité sociale* :
Nom et prénom du Médecin Traitant* :

*Si professionnel de santé ou travailleur dans un établissement de soins**

Profession :
Nom de l'établissement ou de la zone d'exercice :

> Prélèvement

Date et heure de prélèvement : / / à H.....
 Si **prélèvement pré-opératoire***, date de l'intervention : / /

Présence de symptômes* :
 Oui, Date : / / Non Ne sait pas

Symptômes* :
 Fièvre T° : °C Signes digestifs
 Signes respiratoires, toux Perte de l'odorat
 Syndrome grippal Perte du goût
 Céphalées Conjonctivite
 Douleur dans la poitrine Signes cutanés (urticaire, etc.)
 Vertige Somnolence, confusion Autres :

Contexte* :
 Comorbidités (Diabète, maladie respi ou cardio-vasculaire, obésité, greffé, chimiothérapie, immunosuppression, etc.)
Si oui, laquelle :
 Traitement en cours (antiviral, etc.) Grossesse en cours

> Consentement

Les résultats sont transmis à la cellule COVID Ambu de l'hôpital de Perpignan et aux autorités compétentes pour le suivi épidémiologique.

J'accepte, en cas de résultat positif, que mon échantillon soit utilisé à des fins de recherches. En cas de refus, rayer cette mention.