

Date du prélèvement :

Heure :

Démographie

Nom de naissance :

Nom usuel :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe : H F

Si besoin d'un délai de rendu <24h, Motif :

Lieu de résidence

Date/Heure pour le résultat :

Adresse :

.....

.....

 Hébergement individuel Patient hospitalisé EHPAD Milieu carcéral Autre hébergement collectif non connu

Avez-vous séjourné à l'étranger dans les 14 jours précédents les symptômes ou le test PCR ?

 oui > Pays : non**Professionnel de santé ?** oui non ne sait pas**Renseignements cliniques** Patient asymptomatique Symptômes très récents (apparus ce jour ou hier) Symptômes récents (entre 2 et 4 jours) Symptômes anciens (entre 5 et 7 jours) Symptômes très anciens (apparus il y a plus d'une semaine) Ne sait pas**Autres renseignements**Avez-vous un schéma vaccinal complet ? oui non (nombre de doses reçues :)

Date : Type de vaccin :

Avez-vous une contre-indication à la vaccination ou un certificat de rétablissement (< 6 mois) ?

 oui nonAvez-vous une prescription médicale ou un test antigénique positif récent (<48h) ? oui nonAvez-vous été déclaré comme étant cas-contact auprès de l'Assurance Maladie ? oui non**Coordonnées téléphoniques**

N° de téléphone mobile / fixe le cas échéant :

*Le laboratoire s'engage à rendre tous les résultats dans les **24h** à compter de la réception du prélèvement.*