



Fiche de renseignements cliniques – COVID-19 (Laboratoire - Drive)

A compléter et à remettre avec votre ordonnance à la personne qui vous fera le prélèvement

Date du RDV : / /

PATIENT :

Nom d'usage : Prénom :

Nom de naissance : Date de naissance : / / Sexe : M F

Adresse :

.....

Téléphone portable (obligatoire, personne de confiance si le patient n'en a pas) :

Adresse mail :

Caisse SS : N° SS : /

Examen demandé par : Médecin traitant si différent :

Le patient est-il un professionnel de santé : OUI NON

Si OUI, Professionnel soignant Personnel d'hébergement collectif

Mode d'hébergement : Logement individuel Hospitalisé Résident EHPAD
Milieu carcéral Autre structure d'hébergement collectif

DEBUT DES SYMPTOMES :

Aucun symptôme Aujourd'hui ou hier 2 à 4 jours 5 à 7 jours
 8 à 14 jours entre 15 et 28 jours plus de 4 semaines Ne sait plus

Test COVID par PCR :

RT-PCR non réalisée RT-PCR positive RT-PCR négative

Informations sur vos résultats : Conformément aux directives nationales du Ministère de la Santé, le résultat de votre dépistage de COVID-19 sera automatiquement communiqué aux instances publiques (Agences Régionales de Santé, organismes d'Assurance Maladie, Santé Publique France) pour la réalisation d'enquêtes sanitaires (système SI-DEP). Pour plus d'informations, nous vous invitons à consulter le site du ministère de la santé :

- Informations sur ce dispositif <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-infectieuses/coronavirus/tout-savoir-sur-le-covid-19/article/contact-covid-si-dep>
- Pour exercer vos droits <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/article/donnees-personnelles-et-cookies>.

PRELEVEMENT :

Réalisé le : ___ / ___ / ___ à ___ h ___ Par : Site :