



FICHE DE PRELEVEMENT COVID19

Ref : PRE2-ENR-016v02
Version : 02



3 route de la Roche
85190 AIZENAY
Enr n°85-043

Tel : 02-51-94-70-60
Fax : 02-51-34-75-84

12 rue Owen Chamberlain
85300 CHALLANS
Enr n°85-024

Tel : 02-51-93-10-95
Fax : 02-51-35-34-69

41-43 quai Gorin
85800 ST GILLES CROIX DE VIE
Enr n°85-035

Tel : 02-51-55-03-36
Fax : 02-51-54-59-18

RESULTATS [] A poster [] Mail, inscrire votre adresse mail :

IDENTIFICATION DU PATIENT Joindre la copie de la pièce d'identité et mutuelle

NOM : Prénom :
Nom de naissance : Date de naissance : Sexe : [] F [] M
Téléphone :
Adresse complète :

Assuré Social :
N° de SS de l'assuré :
Caisse : [] CPAM La Roche/Yon [] MSA [] Autre (préciser)

CARACTERISTIQUES DU PRELEVEMENT

Identification du préleveur

Date :/...../.....

Heure :h

Nature du prélèvement :

[] Prélèvement nasopharyngé (Écouvillon)

A RENSEIGNER IMPERATIVEMENT

Lieu de résidence du patient :

- [] Hébergement individuel
[] Résident en EHPAD
[] En milieu carcéral
[] Hospitalisé
[] Autre structure d'hébergement collectif
[] Ne sait pas

Professionnel de santé ou médico-social ? [] OUI [] NON

Si oui : Nom et adresse de la structure :

Apparition premiers symptômes :

- [] Asymptomatique
[] Symptômes apparus le jour ou la veille du prélèvement
[] Symptômes apparus 2, 3 ou 4 jours avant le prélèvement
[] Symptômes apparus 5, 6 ou 7 jours avant le prélèvement
[] Symptômes apparus entre 8 et 15 jours avant le prélèvement
[] Symptômes apparus plus de deux semaines avant le prélèvement

COMMENTAIRES AUTRES