



### IDENTIFICATION DU PATIENT

**NOM :** ..... **Prénom :** .....  
**Nom de naissance :** ..... **Date de naissance :** ..... **Sexe :**  F  M  
**Téléphone :** .....  
**Adresse e-Mail :** .....  
**Adresse postale complète :**  
.....  
.....  
**Médecin traitant :** .....  
**Assuré Social :** .....  
**N° de SS de l'assuré :** .....  
**Caisse :**  CPAM Vendée  MSA  Autre (préciser) .....

### PRELEVEMENT

**Date :** ..... **Heure :** .....h ..... **Préleveur :** .....

#### Lieu de résidence :

- Hébergement individuel privé     Résident en EHPAD     En milieu carcéral  
 Hospitalisé     Autre structure d'hébergement collectif (caserne, foyer,...)  
 Ne sait pas ; ne souhaite pas répondre

**Professionnel de santé ou médico-social ?**  OUI  NON

Si oui : Nom et adresse de la structure .....

### POURQUOI REALISEZ-VOUS CE TEST ?

**Présence de symptômes ?** (perte de l'odorat, perte du goût, fièvre, toux,)

- Asymptomatique  
 Symptômes apparus moins de 24h avant le 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 14 jours avant le prélèvement  
 Symptômes apparus entre 15 et 28 jours avant le prélèvement  
 Symptômes apparus plus de quatre semaines avant le prélèvement

**Prescription médicale ?**  OUI  NON *si oui la joindre à ce document*

**Contact avec une personne testée positive ?**  OUI  NON

**Intervention, Hospitalisation, entrée en EHPAD ou établissement social prévue ?**  OUI  NON

Si oui date : .....

**Voyage prévu pour lequel un test est exigé ?**  OUI  NON *Voyage professionnel ?*  OUI  NON

- Autres :**
- Demande à l'initiative du patient
  - Suite à l'appel d'un enquêteur sanitaire
  - Suite à une notification STOP COVID
  - Suite à la réception d'un bon de dépistage, le joindre à ce document
  - Fréquentation d'un endroit ou d'une personne à risque (rassemblement collectif, etc.)

### COMMENTAIRES AUTRES