



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 (casernes, 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 NONIntervention, 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.)

Etes-vous vacciné ? OUI NON 1 dose 2 dosesAvez-vous voyagé à l'étranger ? OUI NON Si oui pays : Date de retour :

COMMENTAIRES AUTRES