

Patient	Nom d'usage :	Date de naissance :
	Nom de naissance :	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
	Prénom :	Téléphone :
	Adresse :	
	Adresse mail :	

Assuré	Nom :	Prénom :
	N° SS : _ _ _ _ _	Date de naissance :
	Caisse :	

Prélèvement	Date :	<input type="checkbox"/> Prélèvement nasopharyngé
	Heure :	
	Préleveur :	

Renseignements	Médecin traitant :	Voyage à l'étranger depuis 2 semaines :
	Cas contact confirmé : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui (Pays :) <input type="checkbox"/> Non
	Demande de l'ARS : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Patient déjà testé positif :
	Préopératoire / hospitalisation : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui (Date :) <input type="checkbox"/> Non
	Voyage prévu : <input type="checkbox"/> Oui (Date :) <input type="checkbox"/> Non	Résidence : <input type="checkbox"/> individuelle
	Professionnel de santé : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> EHPAD
	Vaccination grippe : <input type="checkbox"/> Oui (Date :) <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Autre :
	Vaccination Covid : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Consentement pour transmission Sidep :
	Si oui, nombre d'injections :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Date de la dernière injection :	<input type="checkbox"/> Remarques :

Signes cliniques	Symptômes : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Réception	<input type="checkbox"/> Conforme
	Si oui, date de début :		<input type="checkbox"/> Non conforme
	<input type="checkbox"/> Fièvre <input type="checkbox"/> Toux <input type="checkbox"/> Céphalées <input type="checkbox"/> Fatigue		Observations :
	<input type="checkbox"/> Syndrome grippal		
	<input type="checkbox"/> Signes respiratoires <input type="checkbox"/> Signes digestifs		
	<input type="checkbox"/> Anosmie (Perte de l'odorat) / agueusie (Perte du goût)		

Autres signes :