



# CHAPITRE : C1. PRISE EN CHARGE DES DEMANDES

REFERENCE : C1-ENR10

TITRE : PRELEVEMENT COVID - FICHE ENREGISTREMENT

VERSION-6

## I. Données concernant le patient

Nom de naissance : ..... Nom usuel : .....

Prénom : .....

Sexe : .....

Date de naissance : .....

Adresse postale de résidence actuelle : .....

Numéro de portable (fixe à défaut) : .....

Email : .....

Si je réside actuellement dans un autre département que celui de ma résidence principale (ou que je le prévois dans les 7 prochains jours) : Code postal du lieu de résidence temporaire : .....

Si je reviens d'un voyage dans un pays étranger dans les 14 derniers jours :

Pays de retour : .....

### Typologie de lieux de résidence :

- Hébergement individuel
- Hospitalisé
- Résident en EHPAD
- Milieu carcéral
- Autre structure d'hébergement collectif
- Ne sait pas

### Professionnel de santé :

- Oui
- Non
- Ne sait pas

### CONSENTEMENT du patient au partage de ses données personnelles (OBLIGATOIRE) :

- Oui
- Non

### Apparition des 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 2 semaines avant le prélèvement
- Ne sait pas

## II. Données d'identification des médecins

Médecin prescripteur : .....

Médecin traitant : .....

## III. Données concernant le prélèvement

Date et heure de prélèvement : .....

Si TROD réalisé : date .....réalisé par..... Résultat :  Positif  Négatif

## IV. Examens demandés

RT-PCR COVID-19

CRIBLAGE +/- SEQUENCAGE (réalisé directement si TROD ou RT-PCR positif)

Rédaction :  
B Heusse Emmanuelle

Validation :  
B Ferré Benjamin  
2023-02-02

Approbation :  
B Auvray Anne Valérie  
2023-02-02

Application :  
2023-02-02

Page 1 / 1  
Edité le :  
1er mars 2023