

DATE ET HEURE DU PRELEVEMENT		_____ / _____ / _____ à _____ h			Etiquette Laboratoire	
NOM DU PRELEVEUR		_____				
INFORMATIONS IDENTITE ET COORDONNEES DU PATIENT						
Nom d'usage		_____				
Nom de naissance		_____				
Prénom		_____			Sexe	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Date de naissance		Jour	_____	mois	_____	année
Adresse permanente		_____			CP	_____
		Ville			_____	Pays
Adresse temporaire (Résidence secondaire ou lieu de vacances) ENR COVPCRTEMP		_____			CP	_____
		Ville			_____	Pays
Téléphone		_____	_____	_____	_____	_____
Mail		_____ @ _____				
N° de sécurité sociale		_____	_____	_____	_____	_____
Caisse de sécurité sociale		<input type="checkbox"/> CPAM <input type="checkbox"/> MGEN <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> CNMSS <input type="checkbox"/> SNCF <input type="checkbox"/> autres : _____				
MEDECIN PRESCRIPTEUR (si ordonnance) :			MEDECIN TRAITANT (si différent) :			
_____ ville _____			_____ ville _____			
<input type="checkbox"/> ENVOI FAX : _____			<input type="checkbox"/> ENVOI FAX : _____			
TYPOLOGIE DU LIEU DE RESIDENCE :			PROFESSIONNEL DE SANTE OU MEDICO-SOCIAL			
<input type="checkbox"/> I : hébergement individuel privé <input type="checkbox"/> H : hospitalisation au moment du prélèvement <input type="checkbox"/> E : résidence en EHPAD <input type="checkbox"/> C : milieu carcéral <input type="checkbox"/> A : autre structure (casernes, internat, sdf, etc...) <input type="checkbox"/> U : ne sait pas			<input type="checkbox"/> O : oui <input type="checkbox"/> N : non <input type="checkbox"/> U : ne sait pas			
APPARITION DES SYMPTOMES :			CONTEXTE :			
<input type="checkbox"/> ASY : asymptomatique (pas de symptômes) <input type="checkbox"/> S01 : symptômes apparus le jour ou la veille <input type="checkbox"/> S24 : symptômes apparus 2,3 ou 4 jours avant <input type="checkbox"/> S57 : symptômes apparus 5 à 7 jours avant <input type="checkbox"/> S814 : symptômes apparus entre 8 et 14 jours avant <input type="checkbox"/> SS34 : symptômes apparus entre 15 et 28 jours avant <input type="checkbox"/> SP4S : symptômes apparus plus de 4 semaines avant <input type="checkbox"/> U : ne sait pas			<input type="checkbox"/> ABSENCE (contexte autres - à préciser : _____) <input type="checkbox"/> CONTACT : contact COVID positif <input type="checkbox"/> J7 <input type="checkbox"/> J10 <input type="checkbox"/> CONTACT COVID appel CPAM <input type="checkbox"/> PREOP : avant opération programmée le ____/____/____ <input type="checkbox"/> ENTREE : bilan d'entrée ou transfert en hôpital ou EHPAD <input type="checkbox"/> DOM : voyage dans les DOM (en France) <input type="checkbox"/> ETRANGER : voyage à l'étranger <input type="checkbox"/> RESULTATS en ANGLAIS (COV6GB) <input type="checkbox"/> N° passeport : _____			
SYMPTOMES :			Adresse mail par site :			
<input type="checkbox"/> Fièvre <input type="checkbox"/> Signes d'infection respiratoire <input type="checkbox"/> Anosmie/agueusie (perte odorat/perte de goût) <input type="checkbox"/> Douleurs musculaires/articulaires <input type="checkbox"/> Signes digestifs (diarrhées, vomissements) <input type="checkbox"/> Autre (à préciser) : _____			covid19.chateaubernard@synlab-charentes.fr covid19.saintes@synlab-charentes.fr covid19.royan@synlab-charentes.fr covid19.marenes@synlab-charentes.fr covid19.stja@synlab-charentes.fr covid19.saujon@synlab-charentes.fr covid19.larochelle@synlab-charentes.fr covid19.angouleme@synlab-charentes.fr			