



Année  URGENT  
 Date de prél.  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  11  12  13  14  15  16  
 17  18  19  20  21  22  23  24  25  26  27  28  29  30  31 jour  
 1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  11  12 mois  
 Heure de prél.  00  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  11  12  13  14  15  16  17  18  19  20  21  22  23 heures  
 00  05  10  15  20  25  30  35  40  45  50  55 minutes

**1) EXAMENS DEMANDES**

**1 écouvillon dans milieu de transport**

Recherche Coronavirus

**Contact avec une personne positive COVID**

OUI  NON

**1 tube bouchon jaune**

Sérologie SARS-CoV-2 IgG + IgM

**2) RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES (demande non acceptée si les items ne sont pas renseignés)**

**ITEM 1 Lieu de résidence patient**

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

**ITEM 2 Professionnel de santé**

- Oui
- Non
- Ne sais pas

**ITEM 3 Symptômes et facteurs de risque**

- Asymptomatique
- Symptômes apparus le jour ou la veille du prélèvement
- Symptômes apparus 2,3 ou 4 jours avant le prélèvement
- Symptôme apparu 5, 6 ou 7 jours avant le prélèvement
- Symptôme apparu entre 8 et 14 jours avant le prélèvement
- Symptôme apparu entre 15 et 26 jours avant le prélèvement
- Symptôme apparu plus de 4 semaines avant le prélèvement
- Ne sait pas

Date de début de symptôme : -----/-----/-----

Autres renseignements cliniques :

COLLER ICI ETIQUETTE PATIENT

NOM du PRESCRIPTEUR (et tampon)

NOM DU PRELEVEUR et SIGNATURE