

# Fiche de renseignements DEPISTAGE RT-PCR COVID-19

## Prélèvement

Nom du préleveur :

Date :

Heure :

Numéro d'identifiant pour le  
laboratoire :

Nom :	Prénom :	Sexe :
Date de naissance :	Nom médecin traitant :	
Numéro de sécurité sociale :		
Email :	Numéro de téléphone :	
Adresse :		

## Type hébergement

- Maison ou appartement (seul ou en famille)
- Hospitalisé
- Résident EHPAD

## Type de profession

- Professionnel de santé (médical ou paramédical)
- Non professionnel de santé

## Date des premiers symptômes :

DATE :

Absence de symptômes

## Symptômes

- Fièvre supérieure à 37,5 sur plusieurs heures
- Toux
- Sensation d'essoufflement
- Douleur thoracique
- Courbatures
- Frissons
- Maux de tête
- Fatigue inhabituelle
- Perte de l'odorat
- Perte du goût
- Symptômes digestifs

Je souhaite recevoir mes résultats par voie électronique au moyen d'une notification par SMS au numéro de téléphone portable indiqué ci-dessus

Je souhaite recevoir mes résultats par courrier.

Signature :