

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS CLINIQUES PCR COVID-19 (SARS-COV-2)

PROJET :

A remplir par l'infirmier(e)

## Détails du patient\*

NOM\* : ..... Prénom\* : .....

Date de naissance\* : (JJ/MM/AAAA) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Sexe\* :  Femme /  Homme

Numéro de sécurité sociale\* : .....

Collez ici l'étiquette d'identification du laboratoire

## Coordonnées où vous pouvez être contacté

Téléphone fixe : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Téléphone portable\* : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Email\* : .....

Adresse\* : .....

Code postal\* : ..... Ville\* : .....

## Nature du prélèvement - à remplir par l'infirmier(e)

Préleveur (Nom et fonction)\* :

Date et heure de prélèvement\* (JJ/MM/AAAA) : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ à \_\_\_\_ h \_\_\_\_

Température\* : ..... °C. Si élevée, saturation d'oxygène :

## CRITERES D'INCLUSION - à remplir par l'infirmier(e)

- Présence de symptômes :  OUI  NON Date d'apparition des symptômes (JJ/MM/AAAA) : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Cas contact
- Autres cas :

## Consentement du patient\*

Je soussigné .....

Déclare me soumettre volontairement à la réalisation du test RT PCR SARS-CoV-2 et reconnais avoir été informé des risques et des limites de l'examen.

Fait à : .....

Le (JJ/MM/AAAA): .....

Signature du patient

## Coordonnées de votre médecin traitant\*

Nom\* :

Prénom :

Téléphone :

Adresse email :

Adresse postale :

## Demande de rappel pour bénéficier d'une téléconsultation SI MON TEST EST POSITIF

J'accepte que mes résultats d'analyse soient communiqués à un médecin d'une plateforme de télémedecine partenaire, conformément aux règles de protection des données médicales personnelles. **SI MON TEST EST POSITIF**, j'accepte d'être recontacté par un médecin pour bénéficier d'une téléconsultation en relation avec mes résultats d'analyse.

Signature du patient

**\* Information obligatoire pour la transmission des résultats à Santé Publique France**  
**NE PAS OUBLIER DE CONSERVER ET TRANSPORTER AU FROID**  
**TRIPLE EMBALLAGE AVEC UN DES EMBALLAGES RESISTANTS A 95kPa fourni par le lbm ou**  
**triple sachet dans une boîte dédiée Covid**