Fiche de renseignements cliniques post-confinement

COVID-19 (SARS-CoV-2)

MÉDECIN PRESCRIPTEUR ET MEDECIN TRAITANT

MÉDECIN PRESCRIPTEUR/MÉDECIN TRAITANT

Nom : ....

N° RPPS : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville :.....

PRÉLÈVEMENT

Date et heure du prélèvement nasopharyngé : .....

effectué par (nom et qualité): .....

PATIENT (renseignements obligatoires)

Nom : ..... Prénom : ..... Nom de naissance : .....

Date de naissance : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| Sexe : ☐ F ☐ M

N° de sécurité sociale (ou à défaut NIR) .....Caisse:.....

Téléphone portable : ..... et/ou **Téléphone** fixe : .....

Adresse : .....

CP : |_|_|_|_|_| Ville : .....

Email : .....

LIEU DE RESIDENCE

☐ Hébergement individuel
☐ Hospitalisé
☐ Résident en EHPAD
☐ En milieu carcéral
☐ Autre structure d'hébergement collectif
☐ Ne sait pas

PROFESSIONNEL DE SANTE OU MEDICO-SOCIAL

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

SIGNES CLINIQUES (renseignements obligatoires)

DATE APPARITION DES PREMIERS SYMPTOMES AVANT LE PRELEVEMENT

☐ ≤ 2 jours ☐ 2 - 4 jours ☐ 5 - 7 jours ☐ 8 – 14 jours ☐ ≥ 15 jours ☐ Ne sait pas

SYMPTOMES

☐ Fièvre ☐ Toux ☐ Difficultés respiratoires ☐ Asthénie ☐ Sujet contact
☐ Syndrome grippal ☐ Signes digestifs ☐ Perte de goût/odorat ☐ Asymptomatique ☐ Autres : .....

FACTEURS DE RISQUES

Si oui, préciser : ☐ Obésité ☐ Diabète ☐ Immunodépression ☐ Maladie cardiovasculaire ☐ Maladie respiratoire
☐ Autres *(préciser)* : .....

VACCINATION CONTRE LA GRIPPE SAISONNIERE ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas