

NOM :
PRENOM :
DATE DE NAISSANCE :
NOM DE NAISSANCE :
N° SECURITE SOCIALE :
MEDECCIN TRAITANT (Nom – Prénom – commune) :

Fiche de renseignements Sérologie Covid19

PATIENT	
Professionnel de santé : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Personnel d'hébergement collectif : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON (Etablissement sociaux et médico-sociaux, Prisons, Casernes, Résidences Universitaires, Internats) Lieu de résidence actuelle : <input type="checkbox"/> Hébergement individuel <input type="checkbox"/> Hospitalisé <input type="checkbox"/> Résident en EHAPD <input type="checkbox"/> En milieu carcéral <input type="checkbox"/> Autre structure d'hébergement collectif <input type="checkbox"/> Ne sait pas	
SIGNES CLINIQUES	
Date de début des symptômes : <input type="checkbox"/> Asymptomatique <input type="checkbox"/> < 2 jours <input type="checkbox"/> 2 - 4 jours <input type="checkbox"/> 5 - 7 jours <input type="checkbox"/> 8 - 14 jours <input type="checkbox"/> 15 - 28 jours <input type="checkbox"/> >= 4 semaines <input type="checkbox"/> Ne sait pas	
<input type="checkbox"/> Fièvre <input type="checkbox"/> Signes respiratoires <input type="checkbox"/> Syndrome de détresse respiratoire aigüe <input type="checkbox"/> Syndrome grippal <input type="checkbox"/> Signes digestifs <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale aigüe <input type="checkbox"/> Perte de goût / odorat <input type="checkbox"/> Signes cardiaques <input type="checkbox"/> Signes cutanés	
SUIVI MEDICAL	
Prélèvement nasopharyngé pour PCR COVID19 : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, résultat : <input type="checkbox"/> POSITIF <input type="checkbox"/> NEGATIF Date : / /	
Hospitalisation : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON En service de Réanimation : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
CONTEXTE	
Existence d'une maladie chronique : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Maladie cardiovasculaire <input type="checkbox"/> Maladie respiratoire <input type="checkbox"/> Immunodépression <input type="checkbox"/> Hypertension <input type="checkbox"/> Obésité <input type="checkbox"/> Maladie autoimmune <input type="checkbox"/> Autres (préciser) :	
Vaccination contre la grippe : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Grossesse : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, date de début de grossesse : / /	
Etes-vous vacciné contre le COVID-19 : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, type de vaccin : <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Astra Zeneca <input type="checkbox"/> Johnson et Johnson <input type="checkbox"/> Moderna Date 1ère injection : / / Date 2ème injection : / /	

Cadre réservé au laboratoire

MU-5.4-EN-082-04