

URGENT (COVIDURG)

Lieu de prélèvement : DRIVE situé sur l'esplanade Delestraint à Troyes
Accès par la rue des Gaillettes (arrière de la salle de spectacle Le Cube)

Les champs avec * sont obligatoires pour le suivi des patients. Saisir les informations en majuscules.

IDENTIFICATION DU PATIENT	<input type="checkbox"/> Me <input type="checkbox"/> Mr <input type="checkbox"/> Enfant Nom * Nom de NAISSANCE * / / Prénom * Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Adresse * Code postal* : Ville * : Caisse * : N° Sécu * :	Date de naissance* : Tél * : Email :@..... Médecin traitant * :	Etiquette patient
----------------------------------	---	--	-------------------

PRELE	IDE Préleveur : Nom / prénom	Date et heure/...../..... àh.....
--------------	------------------------------	---

RESULTATS	PATIENT <input type="checkbox"/> ETIQUETTES <input type="checkbox"/> A POSTER <input type="checkbox"/> AU LABO <input type="checkbox"/> PAR EMAIL IDE <input type="checkbox"/> Serveur de résultats <input type="checkbox"/> Email sécurisé MEDECIN PRESCRIPTEUR <input type="checkbox"/> A TELEPHONER <input type="checkbox"/> A FAXER	Signature du patient : <i>En signant, je donne mon accord pour que mes préleveurs reçoivent mes résultats par voie électronique</i>
	MEDECIN EN COPIE	ETABLISSEMENT DE SOINS

SYMPTOMES ET CONTEXTE	<input type="checkbox"/> PREMIER DIAGNOSTIC* (patient symptomatique) <input type="checkbox"/> SUIVI DU PATIENT DEJA* CONFIRME COVID-1 <input type="checkbox"/> ENQUETE AUTOUR D UN CAS POSITIF* (contact-tracing)
	Quel est votre lieu de résidence ? * <input type="checkbox"/> Hébergement individuel (maison, appartement) <input type="checkbox"/> Hospitalisé <input type="checkbox"/> Résident en EHPAD <input type="checkbox"/> En milieu carcéral <input type="checkbox"/> Autre struc. d'hébergement collectif
	Etes vous un professionnel de santé ? * <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas
	Délai entre le début de symptômes et la date de prélèvement : * <input type="checkbox"/> Asymptomatique <input type="checkbox"/> 0 à 1 jour <input type="checkbox"/> 2, 3, 4 jours <input type="checkbox"/> 5, 6, 7 jours <input type="checkbox"/> 8 à 15 jours <input type="checkbox"/> Plus de 2 semaines <input type="checkbox"/> Ne sait pas
	Symptômes : <input type="checkbox"/> Fièvre > 38°C <input type="checkbox"/> Maux de tête <input type="checkbox"/> Fatigue intense <input type="checkbox"/> Toux <input type="checkbox"/> Signes d'infection respiratoire <input type="checkbox"/> Douleurs musculaires/articulaires <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : <input type="checkbox"/> Pas de symptômes
Type d'échantillon : <input checked="" type="checkbox"/> Prélèvement naso-pharyngé	