

- URGENT (COVIDURG)**
- PERSONNEL SOIGNANT DE L'ETABLISSEMENT**
- BILAN PRÉ-OPÉRATOIRE le :**
- CAMPAGNE DE DEPISTAGE à :**

DOCUMENT A COMPLETER
POUR UN DEPISTAGE NASO-PHARYNGE DU COVID

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

PATIENT	Me Mr Enfant Sexe : M F Date de naissance* :		Etiquette patient
	Nom* :		
	Nom de NAISSANCE* :		
	Prénom* :		
Adresse :		Tél* : /	
Code postal* : Ville* :		Email :	
Caisse* :		Médecin traitant* :	
N° Sécu* :			

PRELEVEUR	Nom et prénom de l'IDE préleveur :	Date et heure : à h

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

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