





 <b>HÔPITAUX CHAMPAGNE SUD</b>	Procédure / Mode opératoire	N° diffusion BMS :			
	Thématique / Critère de rattachement	Version :			
<b>Fiche de renseignements</b> <b>DEPISTAGE RT-PCR COVID-19 EXTERNE</b>		Date d'application :			
		Page 1 sur 1			
 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>	 <input checked="" type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>

Laboratoire Public de l'Aube  
Secteur de Microbiologie

Nom du préleveur :	Date :	Heure :
Personne prélevée		
<input type="checkbox"/> identité et coordonnées vérifiées et lisibles		

*Merci d'écrire en lettres majuscules*

Nom : <input type="text"/>	Prénom : <input type="text"/>	Sexe : <input type="text"/>
Nom de naissance: <input type="text"/>	Date de naissance : <input type="text"/>	
Adresse complète n° rue		
Code postal <input type="text"/> Ville : <input type="text"/>		
Numéro de téléphone : <input type="text"/>		
Email : <input type="text"/>		
Nom Prénom médecin traitant : <input type="text"/>		
Ville d'exercice du Médecin traitant : <input type="text"/>		

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Absence de symptômes | <input type="checkbox"/> Professionnel intervenant dans le système de santé |
| <input type="checkbox"/> Cas contact          | <input type="checkbox"/> Opération prévue le <input type="text"/>           |
| <input type="checkbox"/> Avant voyage         | <input type="checkbox"/> Autres   |

<b>Si symptômes : depuis quand ?</b> <input type="text"/>	<b>-Avez-vous séjourné à l'étranger dans les 14 derniers jours ?</b>
<input type="checkbox"/> Fièvre supérieure à 38°C	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Perte de l'odorat	Si oui, dans quel pays ?
<input type="checkbox"/> Perte du goût	<b>-Avez-vous été en contact avec une personne revenant de l'étranger dans les 14 derniers jours ?</b>
<input type="checkbox"/> Sensation d'essoufflement / Douleur thoracique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Si oui, dans quel pays ?

Pour les personnes mineures, la signature du responsable légal est nécessaire ici :