HÔPITAUX CHAMPAGNE SUD	Procédure / Mode opératoire	N° diffusion BMS :
	Thématique / Critère de rattachement	Version :
	Fiche de renseignements DEPISTAGE RT-PCR COVID-19 EXTERNE	Date d'application :
		Page 1 sur 1

Laboratoire Public de l'Aube
Secteur de Microbiologie

Nom du préleveur :
Date : Heure :
Personne prélevée
❑ identité et coordonnées vérifiées et lisibles
Pour les personnes mineures, la signature du responsable légal est obligatoire ici

Merci d'écrire en lettres majuscules

Nom :	Prénom :	Sexe :
Nom de naissance:	Date de naissance : / /	

Adresse complète n° rue

Code postal Ville :

Numéro de téléphone (obligatoire pour résultat internet) :

Email :

Nom Prénom médecin traitant :
Ville d'exercice du Médecin traitant :

❑ Absence de symptômes
❑ Cas contact
❑ Avant voyage
❑ Professionnel intervenant dans le système de santé
❑ Opération prévue le / /

❑ **Test antigénique réalisé le** / / résultat négatif ❑ résultat positif

Si symptômes : depuis quand ? / /

❑ Fièvre supérieure à 38°c

❑ Perte de l'odorat

❑ Perte du goût

❑ Sensation d'essoufflement / Douleur thoracique

-Avez-vous séjourné à l'étranger dans les 14 derniers jours ?
❑ Oui ❑ Non
Si oui, dans quel pays ?

-Avez-vous été en contact avec une personne revenant de l'étranger dans les 14 derniers jours ?
❑ Oui ❑ Non
Si oui, dans quel pays ?

Je soussigné(e), M. / Mme
Désire recevoir mes résultats d'analyses de laboratoire sur internet et accepte que mes données personnelles soient traitées pour cette finalité, conformément au Règlement européen 2016/679 du 27/04/2016 relatif à la protection des données personnelles et à la Loi Informatique et Libertés du 06/01/1978 modifiée.

Date et signature du patient