




PRESCRIPTEUR		IDENTITE DU PATIENT	
		Nom : Prénom : Date de naissance :/...../..... Adresse : N° tél. : N° tél. portable : Adresse mail :@..... (fortement recommandé)	
Les renseignements de cette fiche sont obligatoires pour pouvoir mener l'enquête des cas contact		 N° SS : Identité de l'assuré : Date de naissance :/...../..... Caisse principale : Mutuelle : n°adhérent :	

Le préleveur doit porter les équipements de protection individuelle recommandés et s'assurer de la sécurité du personnel en aval.

Les modalités de prélèvement sont définies dans IT CBP 1052.

RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES			
PRELEVEMENT			
Date de prélèvement :/...../..... Heure de prélèvement :h..... Préleveur :		<input type="checkbox"/> Ecouvillonnage naso-pharyngé <input type="checkbox"/> Expectoration/crachat <input type="checkbox"/> Lavage broncho-alvéolaire <input type="checkbox"/> Autre :	
LIEU DE RESIDENCE ACTUELLE		APPARITION DES PREMIERS SYMPTOMES AVANT LE PRELEVEMENT	
<input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/> Hébergement individuel <input type="checkbox"/> Hospitalisé <input type="checkbox"/> Résident en EHPAD Si oui, nom de l'ESMS : <input type="checkbox"/> En milieu carcéral <input type="checkbox"/> Autre structure d'hébergement collectif		<input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/> Asymptomatique <input type="checkbox"/> Symptômes apparus le jour ou la veille <input type="checkbox"/> Symptômes apparus depuis 2, 3 ou 4 jours <input type="checkbox"/> Symptômes apparus depuis 5, 6 ou 7 jours <input type="checkbox"/> Symptômes apparus entre 8 et 14 jours <input type="checkbox"/> Symptômes apparus entre 15 et 28 jours <input type="checkbox"/> Symptômes apparus depuis plus de 4 semaines	
CONTEXTE PARTICULIER		PROFESSIONNEL DE SANTE	
<input type="checkbox"/> Bilan préopératoire <input type="checkbox"/> Grossesse <input type="checkbox"/> Sujet contact <input type="checkbox"/> Protocole thérapeutique <input type="checkbox"/> Dépistage massif <input type="checkbox"/> Entrée ESMS (établissements sociaux et médicaux-sociaux) <input type="checkbox"/> Autre :		<input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, nom de l'ESMS :	
CORRESPONDANTS			
Médecin traitant	Médecin correspondant	Gynécologue/Obstétricien (si grossesse)	