**COVID-19 :**

**Feuille de renseignements**

Coller l’étiquette code à barres

 : ORDO

|  |
| --- |
| Prélèvement |
| Date : | Visa : |

|  |  |
| --- | --- |
| Prise de rendez-vous pour le dépistage du Covid-19 | **Informations obligatoires** |
| Nom :  | Prénom :  | Sexe : |
| Nom de naissance :  | Date de naissance :  |
| Nom médecin traitant :  |
| Email :  | Numéro de portable : |
| Numéro de sécurité sociale :  | Caisse de rattachement : Département :  |

|  |  |
| --- | --- |
| Type hébergement | Type de profession |
| ❑ Maison ou appartement (seul ou en famille) | ❑ Professionnel de santé (médical ou paramédical) |
| ❑ Hospitalisé | ❑ Non professionnel de santé |
| ❑ Résident EHPAD |  |
| ❑ En milieu carcéral |  |
| ❑ Autre structure d’hébergement collectif |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Date des premiersSymptômes :  | ❑ DATE : | ❑ Absence de symptômes |

|  |  |
| --- | --- |
| **Symptômes** | **Facteurs de risques** |
| ❑ Fièvre supérieure à 37,5 sur plusieurs heures | ❑ Hypertension artérielle |
| ❑ Toux sèche ou grasse | ❑ Antécédents accident vasculaire cérébral |
| ❑ Sensation d’oppression | ❑ Pathologies coronariennes |
| ❑ Sensation d’essoufflement | ❑ Insuffisance cardiaque |
| ❑ Douleur thoracique | ❑ Antécédent de chirurgie cardiaque |
| ❑ Courbatures | ❑ Diabète insulino-dépendant non équilibré |
| ❑ Frissons | ❑ Pathologie respiratoire chronique |
| ❑ Maux de tête | ❑ Patient dialysé |
| ❑ Fatigue inhabituelle | ❑ Professionnel de santé |
| ❑ Perte de l’odorat | ❑ Cancer sous traitement |
| ❑ Perte du goût | ❑ Grossesse |
| ❑ Symptômes digestifs | ❑ Plus de 70 ans |
|  | ❑ Obésité IMC > 30Kg/m² |