



Les champs annotés d'une astérisque \* sont OBLIGATOIRES

 Examen demandé\* :  RT-PCR

### Patient

Nom usuel\* : ..... Nom de naissance\* : .....

 Prénom\* : ..... Sexe\* :  Femme  Homme Date de naissance\* : ..... / ..... / .....

Adresse\* : .....

Ville\* : ..... Code postal\* : .....

Lieu de résidence\* :

 Hébergement individuel (maison, appartement, etc.)  Résidence en EHPAD : .....

 Autre structure d'hébergement collectif (MDR, internat, logement étudiant, caserne, centre social, etc.) : .....

 Hospitalisé, nom de l'établissement : .....

 Milieu carcéral  Ne sait pas

N° de téléphone\* : ..... Mail : ..... @ .....

N° Sécurité sociale\* : .....

Nom et prénom du Médecin Traitant\* : .....

Si professionnel de santé ou travailleur dans un établissement de soins\*

Profession : .....

Nom de l'établissement ou de la zone d'exercice : .....

### Prélèvement

Date et heure du prélèvement : ..... / ..... / ..... à ..... h .....

 Si **prélèvement pré-opératoire\***, date de l'intervention : ..... / ..... / .....

Présence de symptômes\* :

 Oui, Date : ..... / ..... / .....  Non  Ne sait pas

Symptômes\* :

 Fièvre T° : °C  Signes digestifs  
 Signes respiratoires, toux  Perte de l'odorat  
 Syndrome grippal  Perte du goût  
 Céphalées  Conjonctivite  
 Douleur dans la poitrine  Signes cutanés (urticaire, etc.)  
 Vertige Somnolence, confusion  Autres : .....

Contexte\* :

 Comorbidités (Diabète, maladie respi ou cardio-vasculaire, obésité, greffé, chimiothérapie, immunosuppression, etc.)

Si oui, laquelle : .....

 Traitement en cours (antiviral, etc.)  Grossesse en cours

### Consentement

Les résultats sont transmis à la cellule COVID Ambu de l'hôpital de Perpignan et aux autorités compétentes pour le suivi épidémiologique.

 J'accepte, en cas de résultat positif, que mon échantillon soit utilisé à des fins de recherches. En cas de refus, rayer cette mention.