

PATIENT

(* information obligatoire)

* Nom _____

* Nom de naissance _____

* Prénom _____

* Date de naissance ____ / ____ / ____

* Email _____

* Tél. _____

Adresse _____

CP _____ VILLE _____

CONTEXTE

Cocher la ou les case(s) correspondante(s)

- Professionnel de santé
- Personnel des forces de sécurité intérieure
- Femme enceinte symptomatique
- Lien avec cas confirmé (sujet contact)
- Patient symptomatique avec facteur de risque de complication : _____
- Autre : _____

STATUT DIAGNOSTIC

Cocher la case correspondante

PCR COVID : Premier prélèvement Suivi d'un patient confirmé
Date de première positivité : ____ / ____ / ____

Sérologie COVID : NON OUI
Résultat : Positif Négatif
Date réalisation : ____ / ____ / ____

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Cocher la ou les case(s) correspondante(s)

Date de début des symptômes : ____ / ____ / ____

- Fièvre
- Céphalées
- Fatigue
- Douleurs musculaires / articulaires
- Autre _____
- Maux de gorge
- Toux
- Autres signes respiratoire : _____
- Anosmie et/ou agueusie
- Signes digestifs : _____

