

IDENTIFICATION PATIENT (impératif)

NOM NOM DE NAISSANCE
(même pour les hommes)

PRENOM

DATE DE NAISSANCE/...../..... SEXE F M

ADRESSE

CODE POSTAL VILLE

**Pour les mineurs merci d'indiquer ceux du représentant légal*

TELEPHONE PATIENT*

ou TELEPHONE D'UN PROCHE

N° de sécurité sociale*

Nom de la caisse (CPAM, MSA...)*

ADRESSE COURRIEL * @ :

RESULTATS LABOCONNECT LABORATOIRE A POSTER

MEDECIN PRENANT EN CHARGE LE PATIENT (MEDECIN TRAITANT) (impératif)

Nom, prénom :

Numéro de téléphone :

RENSEIGNEMENTS SIDEP (impératifs)

Symptômes Oui Non
Si oui, date d'apparition : / /

Patient identifié CONTACT Oui Non
(contact à moins de 2 mètres plus de 15 minutes sans masque)

Professionnel de santé Oui Non Ne sais pas

Professionnel médico social Oui Non Ne sais pas

Type d'hébergement : Individuel EHPAD Collectif

Résidence différente dans les 7 jours à venir : Oui Non

Si OUI : Code postal connu Département connu Pays connu

Provenance si voyage dans les 14 derniers jours :
Royaume Uni France Autre

Patient éligible au remboursement (preuve à transmettre au laboratoire) Oui Non

Accord du patient pour le paiement du test Oui Non

DATE DU PRELEVEMENT (impératif) : / / HEURE (impératif) :h.....

NOM DU PRELEVEUR (impératif) :

J'atteste avoir été formé(e) à réaliser ce prélèvement et l'avoir désinfecté.