



IDENTIFICATION

NOM

NOM DE NAISSANCE

PRENOM

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

TELEPHONE PATIENT

ADRESSE

CODE POSTAL VILLE

MEDECIN TRAITANT

RESULTATS : LABOCONNECT LABORATOIRE A POSTER

N° de Sécurité Social :

CPAM MSA Autre MUTUELLE :

DATE et HEURE du recueil : /..... /..... Ah.....

JOINDRE OBLIGATOIREMENT LA PRESCRIPTION

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Toux Oui Non

Fièvre Oui Non

Traitement Antibiotique en cours : Oui Non

Si oui : Nom : Date de début de traitement :/...../.....

Mucoviscidose : Oui Non

Immunodépression : (greffe, corticothérapie, chimiothérapie, HIV, ...) : Oui Non

BPCO (bronchopneumopathie chronique obstructive) : Oui Non

