

Nom de naissance : **Prénom :**

Nom d'usage : **Date de naissance :**

Hospitalisé : OUI / NON **SERVICE :** **DATE**

Numéro de téléphone mobile :

Nom/prénom du préleveur :

Qualité :

N° d'identification :

Date et heure de prélèvement :

Conservation :

☐ T° ambiante (maximum 48 h)

☐ + 4 °C (maximum 7 jours).

Prescripteur

☐ Patient

☐ ATS

☐ Médecin (cachet ou Identification lisible)

En absence de prescripteur identifiable les prélèvements ne seront pas acceptés.

Nature du prélèvement respiratoire :

☐ Ecouvillonnage naso-pharyngé (conseillé)

☐ Ecouvillonnage nasal

Renseignements obligatoires (pour déclaration nationale SI-DEP) :

• **Lieu de résidence du patient :**

☐ Hospitalisé

☐ Hébergement individuel

☐ Résident en EHPAD

☐ Milieu carcéral

☐ Autre hébergement collectif

☐ Ne sait pas

• **Patient = professionnel intervenant dans le système de santé :**

☐ Oui

☐ Non

☐ Ne sait pas

• **Symptômes :**

☐ Asymptomatique

☐ Symptômes apparus depuis moins de 7 jours ... = jours

☐ Symptômes apparus depuis plus de 7 jours = jours

☐ Ne sait pas

• **Facteurs de risques :**

De formes graves :

☐ Oui

☐ Non

☐ Sujet contact à risque

☐ Sujet contact à risque négligeable

Retour d'un pays endémique : Oui / Non. **Pays :** depuis jours.