

Les champs annotés d'une astérisque \* sont OBLIGATOIRES

Examen demandé\* :  RT-PCR COVID  
Ordonnance\* :  Avec  Sans

Coller ici l'étiquette  
d'identification de la planche

### Patient

Nom usuel\* : ..... Nom de naissance\* : .....  
Prénom\* : ..... Sexe\* :  Femme  Homme Date de naissance\* : ..... / ..... / .....  
Adresse\* : .....  
Ville\* : ..... Code postal\* : .....  
N° de téléphone\* : ..... Mail : ..... @ .....  
N° Sécurité sociale\* : .....  
Nom et prénom du Médecin Traitant\* : .....

### Renseignement SIDEP

Lieux de résidence\* :

- Hébergement individuel (maison, appartement ...) \*GTYP1  
 Résidence en EHPAD \*GTYP2 : .....  
 Autre structure d'hébergement collectif (MDR, internat, logement étudiant, caserne, centre social ...) \*GTYP3 : .....  
 Hospitalisé, nom de l'établissement \*GTYP4 : .....  
 Milieu carcéral \*GTYP5  
 Ne sait pas \*GTYP6

Professionnel santé\* :

- Oui \*GPRO1  Non \*GPRO2  Ne sait pas \*GPRO3

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

Profession : .....

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

Apparition symptômes\* :

- Le jour ou la veille du prélèvement \*GAP01  
 2, 3 ou 4 jours avant le prélèvement \*GAP24  
 5, 6 ou 7 jours avant le prélèvement \*GAP57  
 Entre 8 et 14 j avant le prélèvement \*GAP12  
 Entre 15 et 28 j avant le prélèvement \*GAP3  
 Plus de 4 semaines avant le prélèvement \*GAP4  
 Asymptomatique \*GAPSA  
 Ne sait pas \*GAPSU

### Contexte de réalisation du test

- Cas contact demandé par la CPAM  
 Pré-opérateur  
 Voyage  
 Autres

### Consentement

Les résultats sont transmis 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.

Fait à ..... le ..... Signature :