

**NOVELAB – FICHE DE RENSEIGNEMENTS COVID 19**

**Attention transmettre TOUS les renseignements, la prise en charge des tests par la sécurité sociale en dépend**

PCR  **Sérologie** (hors prise en charge 20 euros HN)

Accord du patient pour réaliser la sérologie si HN  Oui  Non

**NOM :**

**NOM DE NAISSANCE :**

**PRENOM :**

**DATE DE NAISSANCE :** **SEXE :**  M  F

**NUMERO SS :**

**ADRESSE** (avec CP et ville) :

**TELEPHONE** (mobile si possible) :

**MAIL** (si possible) :

**NOM du médecin traitant :**

**DELAI DEPUIS LE DEBUT DES SYMPTOMES** (en jours) :

Type de symptômes :

Fièvre  Signes respiratoires  Signes digestifs

Autre : .....

Asymptomatique

**ANTECEDENT PCR** :  Positive  Négative  Absence

**PATIENT CONTACT** :  OUI  NON

**PERSONNEL SOIGNANT** :  OUI  NON

**HABITAT COLLECTIF** :  OUI  NON

**Document à joindre à la fiche de transmission du prélèvement**

Document rattaché à PRE-NOV-IT-MU-001-03

1/1

**NOVELAB – FICHE DE RENSEIGNEMENTS COVID 19**

**Attention transmettre TOUS les renseignements, la prise en charge des tests par la sécurité sociale en dépend**

PCR  **Sérologie** (hors prise en charge 20 euros HN)

Accord du patient pour réaliser la sérologie si HN  Oui  Non

**NOM :**

**NOM DE NAISSANCE :**

**PRENOM :**

**DATE DE NAISSANCE :** **SEXE :**  M  F

**NUMERO SS :**

**ADRESSE** (avec CP et ville) :

**TELEPHONE** (mobile si possible) :

**MAIL** (si possible) :

**NOM du médecin traitant :**

**DELAI DEPUIS LE DEBUT DES SYMPTOMES** (en jours) :

Type de symptômes :

Fièvre  Signes respiratoires  Signes digestifs

Autre : .....

Asymptomatique

**ANTECEDENT PCR** :  Positive  Négative  Absence

**PATIENT CONTACT** :  OUI  NON

**PERSONNEL SOIGNANT** :  OUI  NON

**HABITAT COLLECTIF** :  OUI  NON

**Document à joindre à la fiche de transmission du prélèvement**

Document rattaché à PRE-NOV-IT-MU-001-03

1/1