COVID-19 :
Feuille de renseignements
Départements 54 et 88

Coller l'étiquette code à barres
: ORDO

Prélèvement
Date : Visa :

Renseignements pour le dépistage du Covid-19		**Informations obligatoires**
Nom :	Prénom :	Sexe :
Nom de naissance :	Date de naissance :	
Nom médecin traitant :		
Email :	Numéro de portable :	
Numéro de sécurité sociale :	Caisse de rattachement : Département :	

Type hébergement	Type de profession
❑ Maison ou appartement (seul ou en famille)	❑ Professionnel de santé (médical ou paramédical)
❑ Hospitalisé	❑ Non professionnel de santé
❑ Résident EHPAD	
❑ En milieu carcéral	
❑ Autre structure d'hébergement collectif	

Date des premiers Symptômes :	❑ DATE :	❑ Absence de symptômes

Symptômes	**Facteurs de risques**
❑ Fièvre supérieure à 37,5 sur plusieurs heures	❑ Hypertension artérielle
❑ Toux sèche ou grasse	❑ Antécédents accident vasculaire cérébral
❑ Sensation d'oppression	❑ Pathologies coronariennes
❑ Sensation d'essoufflement	❑ Insuffisance cardiaque
❑ Douleur thoracique	❑ Antécédent de chirurgie cardiaque
❑ Courbatures	❑ Diabète insulino-dépendant non équilibré
❑ Frissons	❑ Pathologie respiratoire chronique
❑ Maux de tête	❑ Patient dialysé
❑ Fatigue inhabituelle	❑ Professionnel de santé
❑ Perte de l'odorat	❑ Cancer sous traitement
❑ Perte du goût	❑ Grossesse
❑ Symptômes digestifs	❑ Plus de 70 ans
	❑ Obésité IMC > 30Kg/m²