

FICHE DE RENSEIGNEMENTS COVID-19

Zone réservée - ne pas remplir

Date du rendez-vous : ____/____/____ Heure : ____h____

Lieu : _____

Examen à réaliser PCR Sérologie

Coordonnées patient(e) *les champs en rouge sont obligatoires*

Nom : Prénom :

Nom de naissance :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone portable :

Adresse E-mail :

Numéro de Sécurité sociale :

Nom de la mutuelle ou n° AMC :

Nom du médecin traitant :

Lieu actuel de résidence

Hébergement individuel

Hospitalisé

Autre structure d'hébergement collectif

Résident en EHPAD

Ne sait pas

Professionnel de santé : Oui Non Ne sait pas

Renseignements cliniques

Sujet contact Oui Non

Symptômes Oui Non Date de début des symptômes :

(fièvre, toux, signes digestifs, perte de goût ou d'odorat, difficulté à respirer, fatigue intense...)

Si oui, avez-vous un bon de prise en charge Oui Non

Ordonnance : AméliPro Médecine du travail Autre

Avez-vous un voyage prévu : Oui Non

Si oui, date du voyage :

Avez-vous une intervention chirurgicale programmée : Oui Non

Si oui, date de l'intervention :

Imprimer le formulaire