



Merci d'écrire lisiblement en MAJUSCULES et ENCRE NOIRE.

Document SIDEP Système Information de DEPistage COVID19 à destination des ARS, CNAM, CPAM

NOM USUEL				Cadre réservé au laboratoire <i>Etiquette patient</i>
Prénom				
NOM de NAISSANCE				
Date de naissance :	Sexe :	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	
N° de sécurité sociale			Centre d'affiliation :	CPAM93,75, SNCF, RATP...
Je certifie sur l'honneur être vacciné avec schéma vaccinal complet : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				
Date de vaccination : ___ / ___ / _____				
N° de téléphone personnel				
Adresse électronique				
Lieu de naissance				
Adresse actuelle (même temporaire)	Voie	Code postal	Ville	
Adresse permanente (si différente)	Voie	Code postal	Ville	
Médecin traitant	NOM Prénom :		FINESS	
	Adresse :		Code postal	Ville
Médecin prescripteur	NOM Prénom :		FINESS	
	Adresse :		Code postal	Ville
Type de résidence	<input type="checkbox"/> Hébergement individuel (maison, appartement)	<input type="checkbox"/> Hospitalisé	<input type="checkbox"/> Résident EHPAD	<input type="checkbox"/> Milieu Carcéral
		<input type="checkbox"/> Autre structure d'hébergement collectif		<input type="checkbox"/> ne sait pas
Professionnel de santé	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas			
Motif	<input type="checkbox"/> Symptomatique		<input type="checkbox"/> Cas contact	
	<input type="checkbox"/> Voyage (destination, jour et heure) :		<input type="checkbox"/> Bilan pré-opérateur	
Apparition premiers symptômes :	<input type="checkbox"/> absence de symptômes, asymptomatique			
	<input type="checkbox"/> le jour ou la veille du prélèvement			
	<input type="checkbox"/> 2, 3 ou 4 jours avant le prélèvement			
	<input type="checkbox"/> 5, 6 ou 7 jours avant le prélèvement			
	<input type="checkbox"/> entre 8 et 14 jours avant le prélèvement			
	<input type="checkbox"/> entre 15 et 28 jours avant le prélèvement			
	<input type="checkbox"/> plus de 4 semaines avant le prélèvement			
Renseignements symptômes :	<input type="checkbox"/> Fièvre	<input type="checkbox"/> Céphalées	<input type="checkbox"/> Fatigue intense	<input type="checkbox"/> Toux
	<input type="checkbox"/> Difficultés respiratoires	<input type="checkbox"/> Douleurs musculaires/articulaires		<input type="checkbox"/> Signes digestifs
	Autre (préciser) :			
Voyage à l'étranger Sur les 15 derniers jours :	<input type="checkbox"/> Non			
	<input type="checkbox"/> Oui préciser la provenance :			
Date de prélèvement :			Heure de prélèvement :	

Date et signature du patient précédées de la mention « lu et approuvé » :

Cadre réservé au laboratoire				
<input type="checkbox"/> Examen sans ordonnance	Biologiste : <input type="checkbox"/> AC <input type="checkbox"/> DELA <input type="checkbox"/> FC <input type="checkbox"/> PC <input type="checkbox"/> TS			