LABORATOIRE CLEMENT

17 Avenue d'Eylau – Paris
8 avenue Henri Barbusse – Le Blanc Mesnil

Fiche de renseignements COVID19

					Cadre réservé au laboratoire *Etiquette patient*
NOM USUEL					
Prénom					
NOM de NAISSANCE					**PRELEVEMENT URGENT** ❒
Sexe	❒ M ❒ F	**Date de naissance :**	⌊_⌊_⌋ ⌊_⌊_⌋ ⌊_⌊_⌊_⌊_⌋		
N° de sécurité sociale					
N° de téléphone personnel					
Adresse électronique					
Lieu de naissance					
Adresse complète (batiment-pavillon-escalier…)					
Typologie lieu de résidence	❒ Hébergement individuel	❒ Hospitalisé	❒ Résident EHPAD	❒ Milieu Carcéral	
	❒ Autre stucture d'hébergement collectif			❒ ne sait pas	
Professionnel de santé	❒ oui ❒ non ❒ ne sait pas				
Bilan pré-opératoire	❒ oui *Mention « risque de contact COVID » sur l'ordonnance* ❒ non				
Apparition premiers symptômes :	❒ Asymptomatique ❒ Symptômes apparus le jour ou la veille du prélèvement ❒ Symptômes apparus 2, 3 ou 4 jours avant le prélèvement ❒ Symptômes apparus 5, 6 ou 7 jours avant le prélèvement ❒ Symptômes apparus entre 8 et 15 jours avant le prélèvement ❒ Symptômes appparus plus de deux semaines avant le prélèvement ❒ Ne sait pas				
Renseignements symptômes :	❒ Fièvre	❒ Céphalées	❒ Fatigue intense	❒ Toux	❒ Anosmie
	❒ Signe d'infection respiratoire		❒ Douleurs musculaires/articulaires		❒ Signes digestifs
	Autre (préciser) :				
Vaccination contre la grippe 2019-2020 :	❒ oui ❒ non				
Date de prélèvement :	___/___/_____				
Médecin traitant					
Médecin prescripteur					
Affiliation ***(Regime général du département ou régime indépendant. ex : MGEN-MNH-SNCF)***	*Si MGEN, SCNF, RATP, MGP, EDF : nous preciser si la mutuelle est du même organisme.*				
Prise en charge	❒ Totalité. Pas de prise en charge sécurité sociale (le tarif à nous régler par avance est écrit en gras sur la fiche de prélèvement) ❒ 60% (le tarif à nous régler par avance est écrit en gras sur la fiche de prélèvement) ❒ Mutuelle ☐ CMU *(Photocopie de l'attestation OBLIGATOIRE)*				

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