



LABORATOIRE CLEMENT

17 Avenue d'Eylau – Paris
8 avenue Henri Barbusse / 5 avenue de la Paix – Le Blanc Mesnil
13 avenue de la République – Le Blanc Mesnil



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...	
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"/> Bilan pré-opératoire
	<input type="checkbox"/> Voyage (destination, jour et heure) :			<input type="checkbox"/> Autre motif
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 <input type="checkbox"/> ne sait pas			
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"/> Anosmie/Agueusie
Autre (préciser) :				
Voyage à l'étranger Sur les 15 derniers jours :	<input type="checkbox"/> Non			
<input type="checkbox"/> Oui préciser les destinations :				
Date de prélèvement :				

Merci de vérifier la complétude, l'exactitude et la lisibilité des informations que vous communiquez.

Tous les oublis, toutes les inexactitudes et toutes les illisibilités pourront retarder votre prise en charge médicale.

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"/> BRO <input type="checkbox"/> DELA <input type="checkbox"/> FC <input type="checkbox"/> PC <input type="checkbox"/> TS