

Formulaire

Fiche de renseignements obligatoire pour l'éligibilité à la réalisation du test de dépistage COVID-19 par PCR.
Le Médecin Prescripteur complète le document.
A communiquer au Laboratoire avec l'ordonnance et le numéro de téléphone du patient.

Zone réservée au laboratoire

DATE : / /

PATIENT

 Téléphone *(Obligatoire)* :

Nom :

Prénom :

Date de Naissance :

Nom de Naissance :

Cachet du médecin

INDICATIONS PRIORITAIRES (susceptibles d'évolution) :

Cocher la case correspondant au profil du patient

- Professionnel de santé **avec** des symptômes évocateurs de Covid-19
- Femme enceinte **symptomatique** quel que soit le terme de la grossesse
- Personne fragile ou à risque de formes graves **ET** présentant des symptômes de Covid-19 (Cf. critères HCSP)

Pour les autres cas prioritaires (Ehpad, patients hospitalisés). Veuillez contacter directement le laboratoire.

Renseignements divers

Symptômes :

- Fièvre > 38°C Toux Dyspnée Diarrhée Anosmie Agueusie
- Céphalées Courbatures Asthénie Confusion

Contexte :

- HTA compliquée Diabète non équilibré ou compliqué IRC avec dialyse
- ATCD cardiaque majeur ou vasculaire cérébral Pathologie chronique respiratoire
- Cancer sous traitement Immunodépression (pathologie ou traitement) Cirrhose B ou C
- Obésité (IMC > 40kg/m²)