



<u>Etiquette patient</u>	<u>Cachet du médecin prescripteur du service</u>
	N° RPPS :

Patient

Date d'apparition des symptômes : __ / __ / __

Professionnel de santé ou du médico-social : OUI / NON / Ne sait pas

Type d'hébergement :

- Cellule familiale
- Établissement scolaire (internat,...) ou foyer d'hébergement
- Établissement médico-social (EPHAD, FAM, MAS, ...)
- Famille d'accueil
- Autre :

Séjour à l'étranger dans les 14 jours précédents : OUI / NON / Ne sait pas

Si oui, pays de provenance :

Contact à risque avec une personne ayant séjourné à l'étranger, dans les 14 jours suivant son retour : OUI / NON / Ne sait pas

Si oui, pays de provenance :

Vaccination : OUI / NON

Réinfection : OUI / NON

Prélèvement

Date du prélèvement :

Heure du prélèvement :

Préleveur :

Nature du prélèvement :

- Ecouvillonnage naso-pharyngé
- Salive
- Ecouvillonnage nasal
- Autre, à préciser :
- Aspiration nasale

Analyse demandée

- Recherche de SARS-CoV-2 par PCR
- Séquençage SARS-CoV-2