

NOM :   
PRENOM :   
DDN :   
NOM DE NAISSANCE :   
N° SS:   
MEDECIN TRAITANT (Nom – prénom – commune) :



## Fiche de renseignements Sérologie Covid19

### PATIENT

Personnel soignant  OUI  NON  
Personnel d'hébergement collectif  OUI  NON  
(Etablissements sociaux et médico-sociaux, Prisons, casernes, Résidences universitaires, internats)  
Résident EHPAD  OUI  NON

### SUIVI MEDICAL

Prélèvement nasopharyngé pour PCR COVID19 :  OUI  NON

Si oui, résultat :  POSITIF  NEGATIF

Date :  /  /

Hospitalisation :  OUI  NON

En service de Réanimation :  OUI  NON

### SYMPTOMES - SIGNES CLINIQUES

Présente (ou a présenté) des signes cliniques :  OUI  NON

Date de début des symptômes :  /  /

Début des symptômes supérieur à 14 jours :  OUI  NON

Fièvre

Signes respiratoires

Syndrome de détresse respiratoire aiguë

Syndrome grippal

Signes digestifs

Insuffisance rénale aiguë

Perte de goût / odorat

Signes cardiaques

Signes cutanés

### CONTEXTE

Existence d'une maladie chronique :  OUI  NON

Diabète

Maladie cardiovasculaire

Maladie respiratoire

Immunodépression

Hypertension

Obésité

Maladie autoimmune

Autres (préciser) :

Vaccination contre la grippe 2019 / 2020 :  OUI  NON

Grossesse :  OUI  NON

Si oui, date de début de grossesse :  /  /

Cadre réservé au laboratoire

Le laboratoire vous informe que les renseignements du présent document ainsi que la sérothèque de votre prélèvement pourront être réutilisés de manière anonyme dans l'objectif d'améliorer les tests diagnostiques ou de mieux comprendre la maladie.

Dans le cas où vous vous y opposeriez, veuillez cocher la case ci-contre.

Vous pouvez consulter notre politique de gestion des données personnelles sur notre site internet.