

# Feuille de renseignements

## Sérologie SARS-CoV2 (COVID-19)

**NOM :**

**PRENOM :**

**DDN :**

**SEXE :**

**PROFESSION :**

**Date d'apparition des 1ers symptômes :**

- Symptômes :**
- Fièvre ( $\geq 37.6^{\circ}\text{C}$ )
  - Céphalées
  - Toux
  - Mal de gorge
  - Anosmie
  - Dysgueusie
  - Asthénie
  - Douleurs articulaires/musculaires
  - Diarrhée
  - Autre (préciser) :

**PCR COVID-19 (rhinopharynx) ? :**  Non  Oui, date et résultat :

**IMAGERIE ? :**  Non  Oui, date et résultat :

**VACCINATION GRIPPE ? :**  Non  Oui

**LIEN AVEC UN CAS CONFIRME ? :**  Non  Oui, nature du lien :