



FORMULAIRE COVID RT-PCR

à remplir par le patient ou la personne réalisant le prélèvement

(* = obligatoire)

*Nom du patient	
*Prénom	
Nom de naissance	
*Sexe	
*Date de naissance	
Lieu de naissance	
Numéro de Sécurité Sociale (Obligatoire si cas contact)	
*Adresse	
*Code Postal	
*Ville	
*Téléphone (mobile de préférence)	
Adresse mail	
*Type hébergement	Individuel (par défaut) sinon préciser : <input type="checkbox"/> Hospitalisé <input type="checkbox"/> Résident en Ehpad <input type="checkbox"/> Milieu carcéral <input type="checkbox"/> Autre structure d'hébergement collectif
*Professionnel système santé (cocher si oui)	<input type="checkbox"/>
Date de début des symptômes (si applicable)	
Si absence de symptômes, raison du prélèvement ?	