

**⚠ Les renseignements marqués d'une \* sont OBLIGATOIRES : système d'information de dépistage (SI-DEP)**

## RENSEIGNEMENTS PATIENT

Carte d'identité vérifiée :  Oui  Non

SEXE\* :  H  F

NOM d'USAGE\* : .....

NOM DE NAISSANCE\* : .....

PRENOM\* : .....

DDN\* : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

ADRESSE ACTUELLE\* : .....

N° DE PORTABLE\* : .....

.....

N° tél fixe : .....

Email : .....

N° SS (15 chiffres) : .....

Médecin traitant : .....

Vaccination anti-Covid-19:  Oui  Non

Passe sanitaire valide :  Oui  Non

Si oui, date 1<sup>ère</sup> injection: ....., 2<sup>ème</sup> injection: .....

Contrôlé par : .....

Etiquette patient

Ou

QR Code Patient

## PRELEVEUR

NOM + PRENOM: .....

Date et heure du prélèvement : .....

## RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Nature du prélèvement :

Écouvillonnage nasopharyngé

Salive

Ecouvillonnage nasal profond

Autre, précisez.....

## SYMPTOMES\*

Je n'ai pas de symptômes

J'ai des symptômes (perte de l'odorat, perte de goût, fièvre, toux, ...) et ils sont apparus :

Moins de 24h avant le prélèvement

Entre 8 et 14 jours avant le prélèvement

2, 3 ou 4 jours avant le prélèvement

Entre 15 et 28 jours avant le prélèvement

5, 6 ou 7 jours avant le prélèvement

Plus de quatre semaines avant le prélèvement

## CONTEXTE

Pays de résidence actuelle\* :  France  Autre : .....

Voyage dans les 14 jours précédant la date des symptômes ou mon dépistage :  Oui  Non

Si oui, pays de provenance:  Inde  Autre pays : .....

## LA OU LES RAISONS POUR LAQUELLE JE ME FAIS DEPISTER\*

Je suis symptomatique

Je fais partie d'un cluster

Je suis contact avec un cas confirmé (notification de TousAntiCovid, assurance maladie, etc...)

Je dois bientôt rentrer à l'hôpital, en EHPAD ou en établissement social Date d'entrée : .....

Je prends prochainement un transport pour lequel un test est exigé

Je souhaite me faire dépister de ma propre initiative

Contrôle d'un test antigénique ou RT-PCR positif (date du test : .....

Contrôle d'un autotest positif (date du test : .....) saisir code ARS sur la ligne N° campagne ARS\*

## TYPOLOGIE DU PATIENT

Professionnel de santé\* :  Oui  Non

Lieu de résidence actuelle\* :

Hébergement individuel  Hospitalisé  Résident en EHPAD  Milieu carcéral

Autre structure d'hébergement collectif  Ne sait pas

Hébergement individuel = appartement, maison individuelle, colocation, ...

Structure d'hébergement collectif = internat, logement étudiants (CROUS, etc.), caserne, résidence pour personnes âgées non médicalisées, etc...

PRESENCE DE MALADIES CHRONIQUES :  Oui  Non

Diabète  Maladie cardio-vasculaire  Maladie respiratoire  Immunodépression sévère

Cirrhose  Insuffisance rénale  Obésité (IMC > 40)  Autre maladie chronique précisez.....

**! Information with an \* is mandatory (SI-DEP)**

**PATIENT INFORMATION**

Verified identity card ::  Yes  No

SEXE\*:  H  F

LAST NAME\* : .....

BIRTH NAME\* : .....

First Name\* : .....

Date of birth\* : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

ADDRESS\* : .....

Mobile number\* : .....

Email : .....

Vaccination anti-Covid-19:  Yes  No

Valid health pass:  Oui  Non

If yes, date of injection: 1<sup>st</sup> jab ..... 2<sup>nd</sup> jab .....

Controlled by : .....

Etiquette patient  
Ou  
QR Code Patient

**SAMPLER (to be filled in by the lab)**

LAST NAME + First name: ..... Date and time of sample: .....

**CLINICAL INFORMATION**

Type of sample :

Nasopharyngeal swab

Saliva

Deep nasal swab

Other, specify : .....

**SYMPTOMS\***

I do not have any symptoms

I have symptoms (loss of smell, loss of taste, fever, cough ...) and they appeared :

Less than 24h before sample

Between 8 and 14 days before sample

2, 3 ou 4 days before sample

Between 15 and 28 days before sample

5, 6 ou 7 days before sample

More than 4 weeks before sample

**CONTEXT**

Current country of residence\* :  France  Autre : .....

Travel within 14 days of symptoms or screening :  Yes  No

If yes, country of origin :  India  Other country (specify) : .....

**REASON(S) FOR BEING TESTED\***

I am symptomatic

I am part of a cluster

I have been in contact with someone positive for Covid 19

I will soon go into hospital or a care home

I will soon use transport which requires testing

I have decided to test myself

Control after a positive antigenic test or RT-PCR test (date of test : .....) )

Control after a positive self-test (date of test : .....) )

**TPOLOGY OF PATIENT**

Health professional \* :  Yes  No

Current type of residence\* :

House, apartment, shared  Hospital  Care home resident  Prison

Collective accomodation structure  I don't know

Collective accomodation structure = boarding school, student residence, barracks ...

**PRESENCE DE MALADIES CHRONIQUES :**  Oui  Non

Diabetes  Heart disease  Respiratory disease  Severe Immunodepression

Cirrhosis  Renal failure  Obesity (BMI > 40)  Other (specify) : .....