



⚠ 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

Date d'hospitalisation :

Si oui, date 1^{ère} injection:, 2^{ème} injection:

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 suis contact avec un cas confirmé (notification de TousAntiCovid, assurance maladie, etc...)
 J'ai été en contact avec une personne ayant séjourné en Inde.
 Je dois bientôt rentrer à l'hôpital, en EHPAD ou en établissement social
 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, foyer de l'enfance, établissement médico-social pour personnes handicapées, centre d'hébergement à caractère social (CHRS, CHU, etc.)...*

PRESENCE DE MALADIES CHRONIQUES : Oui Non

- Diabète Maladie cardio-vasculaire Maladie respiratoire Immunodépression
 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

If yes, date of injection: 1st jab 2nd jab

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
 - 2, 3 ou 4 days before sample
 - 5, 6 ou 7 days before sample
 - Between 8 and 14 days before sample
 - Between 15 and 28 days before sample
 - More than 4 weeks before sample

CONTEXT

Current country of residence* : France Autre :

Travel within 14 days of symptoms or creening : Yes No

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

REASON(S) FOR BEING TESTED*

- I am symptomatic
- I have been in contact with someone positive for Covid 19
- I have been in contact with someone having stayed in India.
- 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 :))

TYOLOGY 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 Immunodepression
- Cirrhosis Renal failure Obesity (BMI > 40) Other (specify) :