



## Sérologie Covid19

<b>PROFESSION DU PATIENT</b>		Professionnel de santé : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Si oui, précisez : <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Infirmier <input type="checkbox"/> Pharmacien <input type="checkbox"/> Kinésithérapeute <input type="checkbox"/> Sage-femme <input type="checkbox"/> Aide-soignant <input type="checkbox"/> Autre : _____			
<b>SIGNES CLINIQUES</b>		<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> <b>NON (Asymptomatique)</b>	
Date de début des symptômes (JJ/MM/AA) : □□/□□/□□		Date de fin des symptômes (JJ/MM/AA) : □□/□□/□□	
Symptômes : <input type="checkbox"/> Fièvre <input type="checkbox"/> Syndrome grippal <input type="checkbox"/> Perte de goût / odorat		<input type="checkbox"/> Signes respiratoires <input type="checkbox"/> Signes digestifs <input type="checkbox"/> Signes cardiaques	
		<input type="checkbox"/> Syndrome de détresse respiratoire aigüe <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale <input type="checkbox"/> Signes cutanés	
<b>PRISE EN CHARGE</b>			
<u>Hospitalisation</u> : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		Date de sortie (JJ/MM/AA) : □□/□□/□□	
Si oui, motif : _____			
<u>Traitement contre Covid19</u> : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		<input type="checkbox"/> Autre : _____	
Hydroxychloroquine : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		Antiviraux : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Immunoglobulines : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		Azithromycine : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
<u>Antécédent PCR Covid19</u> : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		Date du test (JJ/MM/AA) : □□/□□/□□	
Résultat : <input type="checkbox"/> POSITIF <input type="checkbox"/> NEGATIF <input type="checkbox"/> DOUTEUX ou INVALIDE			
<b>CONTEXTE</b>			
<u>Existence d'une maladie chronique</u> : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
<input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Obésité morbide <input type="checkbox"/> HTA		<input type="checkbox"/> Maladie cardiovasculaire <input type="checkbox"/> Maladies auto-immunes <input type="checkbox"/> Maladie respiratoire <input type="checkbox"/> Autres : _____	
<u>Grossesse</u> : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		<u>Cas contact</u> : <input type="checkbox"/> <u>Fumeur</u> : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
<b>AUTRES</b>			
Demande employeur pour reprise du travail : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		Vaccination contre la grippe 2019 / 2020 : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
<b>SEROLOGIE COVID</b>		Date de prélèvement (JJ/MM/AA) : □□/□□/□□	
Technique : <input type="checkbox"/> Chimiluminescence Eurobio (Maglumi) <input type="checkbox"/> Launch Diagnostic (Etimax/Evolys) <input type="checkbox"/> Chimiluminescence Diasorin (Liaison XL) <input type="checkbox"/> TUS (Test Rapide Biosynex) <input type="checkbox"/> Chimiluminescence Abbott (Architect) <input type="checkbox"/> Elisa Tekan-IBL <input type="checkbox"/> Chimiluminescence Roche (Elycsis) <input type="checkbox"/> Autre TUS <input type="checkbox"/> Chimiluminescence Siemens <input type="checkbox"/> Autre _____			
Résultat sérologie :			
IgM = <input type="checkbox"/> POSITIF <input type="checkbox"/> NEGATIF <input type="checkbox"/> DOUTEUX			
IgA = <input type="checkbox"/> POSITIF <input type="checkbox"/> NEGATIF <input type="checkbox"/> DOUTEUX			
IgG = <input type="checkbox"/> POSITIF <input type="checkbox"/> NEGATIF <input type="checkbox"/> DOUTEUX			

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

Vous pouvez avoir communication de notre politique de gestion des données personnelles et de la fiche simplifiée de l'étude sur notre site internet ou auprès du secrétariat du laboratoire.

CB

Dans le cas où **vous vous opposeriez** à la réutilisation de votre prélèvement, veuillez cocher la case ci-contre :