

Identité

Nom : _____ Numéro de téléphone : _____
Prénom : _____ Mail : _____
Date de naissance : _____

INFORMATIONS GENERALES ET SIGNES CLINIQUES

Professionnel de santé : OUI NON

(Si vous êtes professionnels de santé la sérologie est prise en charge avec et sans ordonnance.)

Signes cliniques : OUI NON

Date de début des symptômes :

Date de fin des symptômes :

Quarantaine :

- 7 jours
 14 jours
 21 jours

Symptômes : Fièvre

Signes respiratoires

Syndrome de détresse respiratoire aigüe

Syndrome grippal

Signes digestifs

Insuffisance rénale

Perte de goût / odorat

Signes cardiaques

Signes cutanés

Avez-vous déjà réalisé un test RT-PCR COVID19 ? OUI NON

Si oui, résultat : POSITIF NEGATIF

CONTEXTE

Existence d'une maladie chronique : OUI NON

Diabète

Obésité morbide

Maladie cardiovasculaire

Maladies auto-immunes

HTA

Immunodépression

Maladie respiratoire

Autres :

Grossesse : OUI NON

Cas contact : OUI NON

Fumeur : OUI NON

Vaccination

Contre la Covid-19 : OUI NON

Nom du Vaccin :

Date de la dernière injection :/...../.....

Contre la grippe 2021/2022 : OUI NON

CB

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.

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