Diagnostic direct COVID-19 par PCR**Identité Patient**

Nom
Prénom
Nom de jeune fille
Date de naissance
Sexe

Cachet du service

Prescripteur : _____

Médecin Interne Sage-femme

Date et heure de prélèvement : ___ / ___ / ___ à ___ h ___ min

Préleveur : _____

IDE SF Autre : _____

MOTIF DE LA PRESCRIPTION

☐ Diagnostic	☐ Bloc < 24h
☐ Suivi / levée d'isolement	☐ Transfert < 24h
☐ Contact	☐ Autre, préciser :
☐ Bloc > 24h	
☐ Transfert > 24h	
☐ Voyage	

Signes cliniques : Respiratoires Autre :**INFORMATIONS PATIENT impératives (données SIDEP)**

Lieu actuel de résidence :

- Hébergement individuel
 Hospitalisé
 Milieu carcéral
 EHPAD
 Autre hébergement collectif

Professionnel de santé : OUI NON

Pays actuel de résidence :

- France
 Autre : _____

Si non résident français, pays de provenance :
_____ PATIENT ASYMPTOMATIQUE PATIENT SYMPTOMATIQUEDate de début des signes cliniques : J0 à J1 J2 à J4 J5 à J7 J8 à J14
 J8 à J14 J15 à J28 + de 4 semaines**PRELEVEMENT**

☐ écouvillon naso-pharyngé	☐ aspiration naso-pharyngée si pédiatrie
☐ selles	☐ expectorations
☐ LBA	☐ aspiration bronchique / trachéale
☐ Autres, précisez _____	