

Profession : .....

N°RPPS : .....

Mode d'exercice :      Clinique

Hôpital

Libéral

Nom de l'établissement ou de la zone d'exercice : .....

### > PATIENT

Nom : .....

Date de naissance : ...../...../.....

Prénom : .....

Sexe :  Femme  Homme

Adresse : .....

N° de téléphone : \_\_\_\_\_ Mail : .....

Immatriculation du Véhicule pour le Drive : .....

### > PRISE EN CHARGE

Centre SECU : .....

N° SECU : .....

Mutuelle : .....

N°AMC/PREF : .....

***Merci de nous transmettre en pièces jointes de votre mail vos ordonnances, votre attestation de sécurité sociale et de mutuelle.***

### > PRÉLÈVEMENT

Date et heure de prélèvement (*si drive : à remplir par le laboratoire*) : ...../...../..... à .....H.....

Date de début de symptôme : ...../...../.....

Clinique :

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> Fièvre T° :      °C           | <input type="radio"/> Signes digestifs                 |
| <input type="radio"/> Signes respiratoires, toux    | <input type="radio"/> Perte de l'odorat                |
| <input type="radio"/> Syndrome grippal              | <input type="radio"/> Perte du goût                    |
| <input type="radio"/> Céphalées                     | <input type="radio"/> Conjonctivite                    |
| <input type="radio"/> Douleur dans la poitrine      | <input type="radio"/> Signes cutanés (urticaire, etc.) |
| <input type="radio"/> Vertige Somnolence, confusion | <input type="radio"/> Autres :                         |

Contexte :

- Personne COVID-19 dans l'entourage
- Comorbidités (Diabète, maladie respi ou cardio-vasculaire, greffé, chimiothérapie...)  
*Si oui, laquelle : .....*
- Traitement en cours (antiviral, hydroxychloroquine)
- ATCD de prélèvement positif
- Résidents en EPHAD ou structures collectives
- Professionnel de santé

**Attention** en cas d'absence de symptômes ou d'antécédents de test positif la NABM ne prends pas en charge.

**SI DISPOSITIF DRIVE : À L'ARRIVÉE AU LABORATOIRE, MERCI DE RESTER DANS VOTRE VÉHICULE ET D'ÊTRE MUNI D'UN MASQUE**