**LABORATOIRE PRELEVEUR**

**MEDECIN PRESCRIPTEUR**

Nom : ……………………………………………………

Ville : …………………………………………………….

**PATIENT**  Nom : .................................................... Prénom : ....................................................

Nom de naissance : ................................................. Date de naissance : ……………Sexe : F M

N° de téléphone : …………………………………………………………

CP : ........................................Ville : ....................................................................................................

**NATURE DU PRÉLÈVEMENT** **☐ Nasopharyngé ☐** Autres (préciser) : ..............................

**☐ PATIENT SYMPTOMATIQUE**

SIGNES CLINIQUES : **Date des premiers symptômes** : ………………………

☐ Fièvre ☐ Signes respiratoires ☐ Syndrome de détresse respiratoire

☐ Syndrome grippal ☐ Signes digestifs ☐ Anosmie, Agueusie

☐ Conjonctivite ☐ Autre (préciser) : ………………………….

**☐ PATIENT CONTACT**

**☐ PERSONNE A RISQUE DE FORMES GRAVES :** \*Personnes à risque : personnes âgées de 70 ans et plus / Insuffisance rénale dialysée / Insuffisance cardiaque / Cirrhose stade B / ATCD cardiovasculaires : HTA, ATCD d’AVC, coronaropathie, chirurgie cardiaque / Diabétiques insulinodépendants / Insuffisants respiratoires chroniques / Immunodépression / Femmes enceintes / Obésité morbide (IMC > 40 kg/m²)

**☐ PROFESSIONNEL DE SANTE OU MEDICO-SOCIAL**

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES**

Existence d’une maladie chronique ☐ OUI ☐ NON

Si oui, préciser : ☐ Diabète ☐ Maladie cardiovasculaire

☐ Maladie respiratoire ☐ Immunodépression

Autres (préciser) : ......................................................................................................................................