

LABORATOIRE PRÉLEVEUR

Nom : **BIOMEDIVAL BOLLENE et MONTELIMAR**
Mail Bollène : covid.84@biomedival.fr 07 85 30 96 72
Mail Montélimar covid.26@biomedival.fr 06 71 94 93 49

COVID-19 (SARS-CoV-2) RT-PCR

NOM :

PRENOM :

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

N° Sécurité Sociale :

QUESTIONNAIRE

Type d'hébergement* : Individuel (Maison ou appartement) Collectif (foyer ...)

Je suis professionnel de santé* : OUI NON

J'ai des symptômes ? (Fièvre, toux, fatigue, etc.) Oui Non

Si Oui depuis quand ? Depuis 24 h Depuis 2,3 ou 4 jours Depuis 5,6 ou 7 jours entre 8 et 15 jours > 15 jours

Je suis cas contact ? Oui Non **Date du contact** :/...../.....

J'ai eu un test antigénique positif ? Oui Non **Date du test** :/...../.....

J'ai eu un Auto-testCovid positif ? Oui Non **Date du test** :/...../.....

Je reviens de voyage à l'étranger dans les 14 derniers jours ? Oui Non Si oui, quel pays :

Je fais ce dépistage pour :

- **une admission en soins** ou pré-opératoire, ... Oui Non **Date prévu** :/...../.....
- **un départ en Voyage** dans les 7 jours ? Oui Non **Si oui, quel pays** :
- **Sortir d'isolement** après un 1er test positif Oui Non
- **Autre** :

* Renseignements **OBLIGATOIRES** pour l'alimentation de la plateforme SI-DEP (Système d'Information de DEPistage)