

FICHE PATIENT COVID GRIPPE

-	☐ Cabinet IDE (nom) :				ETIQUETTE LABO
	☐ Pharmacie (cachet) :				
DATE: / / _ HEURE:					
☐ test PCR (entourer : Nasopharyngé / Gorge) ☐ test antigénique (TAG)					
NOM USUEL	NOM DE NAISSANCE				
PRENOMS					
DATE ET LIEU DE NAISSANCE				SEXE _	Féminin Masculin
ADRESSE de la résidence principale					
CODE POSTAL		VILLE			
ADRESSE EMAIL					
TELEPHONE PORTABLE	INDICATIF Merci d'indiquer le tel du parent si le patient est mineur				
MEDECIN TRAITANT			Ville d'	exercice	
N° DE SECURITE SOCIALE	Merci d'indiquer le N°SS de l' assuré (ex : celui du parent pour un enfant)				
SITUATIONS PRISES EN CHARGE A 100%	 □ ALD □ Plus de 65 ans □ Mineur □ Dépistage collectif □ Grossesse □ Professionnel ou salarié dans le secteur de la santé ou du médico-social 				
Symptomatique	☐ Oui Date de début des symptômes :		□ Non		
Absence de complémentaire santé	Accord pour paiement de la part mutuelle		Signature patient :		
HEBERGEMENT	☐ individuel☐ hospitalisé☐ EHPAD	□ a	en milieu carcéral autre structure d'hébergement collectif ne sait pas		
Voyage / Avion	Date du vol : Pays d'origine du vol :	Pay	s de passa	age:	
COMMENTAIRES	☐ Prélèvement salivaire (enfant très jeune ou prélèvement nasopharyngé contre- indiqué et prélèvement oropharyngé impossible) (CH082), envoi CHU. Non valable pour TAG				
RESERVE AU LABO TEST ANTIGENIQUE	Marque et référence :				
Opérateur : Saisie Hexalis : □	N° de lot / date de péremption :				

Pour connaître et exercer vos droits, vous pouvez consulter notre politique de confidentialité : https://reunilab.re/confidentialite/ Conformément au RGPD, vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant : Délégué à la Protection des Données ReuniLAB — dpo@inovie.fr