

### Identité

Nom :  Numéro de téléphone :   
 Prénom :  Mail :   
 Date de naissance :

### INFORMATIONS GENERALES ET SIGNES CLINIQUES

Professionnel de santé :  OUI  NON

*(Si vous êtes professionnels de santé la sérologie est prise en charge avec et sans ordonnance.)*

Signes cliniques :  OUI  NON

Date de début des symptômes :

Date de fin des symptômes :

Quarantaine :

- 7 jours  
 14 jours  
 21 jours

Symptômes :  Fièvre

Signes respiratoires

Syndrome de détresse respiratoire aigüe

Syndrome grippal

Signes digestifs

Insuffisance rénale

Perte de goût / odorat

Signes cardiaques

Signes cutanés

Avez-vous déjà réalisé un test RT-PCR COVID19 ?  OUI  NON

Si oui, résultat :  POSITIF  NEGATIF

### CONTEXTE

Existence d'une maladie chronique :  OUI  NON

Diabète

Obésité morbide

Maladie cardiovasculaire

Maladies auto-immunes

HTA

Immunodépression

Maladie respiratoire

Autres : .....

Grossesse :  OUI  NON

Cas contact :  OUI  NON

Fumeur :  OUI  NON

### Vaccination

Contre la Covid-19 :  OUI  NON

Nom du Vaccin : .....

Date 1<sup>ère</sup> injection : ...../...../.....

Date 2<sup>nde</sup> injection : ...../...../.....

Contre la grippe 2020/2021 :  OUI  NON

CB

Le laboratoire vous informe que les renseignements du présent document ainsi que le reliquat de votre prélèvement pourront être réutilisés de manière anonyme dans l'objectif d'améliorer les tests diagnostiques ou de mieux comprendre la maladie. Vous pouvez avoir communication de notre politique de gestion des données personnelles et de la fiche simplifiée de l'étude sur notre site internet ou auprès du secrétariat du laboratoire.

Dans le cas où **vous vous opposeriez** à la réutilisation de votre prélèvement, veuillez cocher la case ci-contre :