**PATIENT**

**ETIQUETTE PATIENT**

**Nom : Sexe : H F**

**Prénom :**

**Date Naissance : Tél :**

**N° SS : mutuelle : fin de droits :**

**Prescripteur :**

**NATURE DU PRELEVEMENT Date du prélèvement :**

**Heure du prélèvement :**

☐Nasopharyngé Antériorité? Date : Résultat :

☐Autre:

**CONTEXTE**

☐Personne avec symptômes évocateurs de Covid-19

☐Résident ou personnel d’EHPAD (présence de symptômes évocateurs de Covid 19 ou présence d’au moins un cas COVID-19 confirmé dans l’établissement)

☐Protocole validé par l’ARS Date de contact avec un patient confirmé positif:

Date d’arrivée en Martinique :

☐Autre contexte (Préciser):

**SIGNES CLINIQUES Date de début des signes :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ☐Fièvre | ☐Signes respiratoires | ☐Syndrome de détresse respiratoire aiguë | |
| ☐Syndrome grippal | ☐Signes digestifs | ☐Insuffisance rénale | ☐Conjonctivite |
| ☐Signes neurologiques (perte du goût, de l’odorat) | | ☐Asymptomatique | |

☐Autres (préciser):

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES**

Vaccination contre la grippe saisonnière ☐OUI ☐NON

Prescription de traitement anti-viral ☐OUI ☐NON

Existence d’une maladie chronique ☐OUI ☐NON

Si oui, préciser : ☐Diabète ☐Maladie cardiovasculaire ☐Maladie respiratoire ☐Immunodépression

☐Autres (Préciser):