FICHE RENSEIGNEMENTS PATIENTS DEPISTAGE COVID

NOM : .....

NOM DE JEUNE FILLE : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....

ADRESSE : .....

.....

N° SECURITE SOCIALE :

NIR	CLE

N° TEL MOBILE : .....

MAIL : .....@.....

RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES (entourer la bonne réponse) :

SYMPTOMES : OUI / NON si OUI depuis combien de jours : .....jours
(Fièvre, toux, gorge irritée, perte goût/odorat, fatigue ou douleurs inhabituelles, diarrhée, difficultés respiratoires)

LOGEMENT INDIVIDUEL : OUI / NON

PROFESSIONNEL DE SANTE : OUI / NON