Identité

Nom : Numéro de téléphone :

Prénom : Mail :

Date de naissance :

Professionnel de santé : c OUI c NON

Signes cliniques : c OUI c NON

**Date de début des symptômes :** Date de fin des symptômes :

Symptômes : c Fièvre c Signes respiratoires c Syndrome de détresse respiratoire aigüe

 c Syndrome grippal c Signes digestifs c Insuffisance rénale

 c Perte de goût / odorat c Signes cardiaques c Signes cutanés

**Avez-vous déjà réalisé un test RT-PCR COVID19 au cours du dernier mois ?** c OUI c NON

Si oui, résultat : c POSITIF c NEGATIF

INFORMATIONS GENERALES ET SIGNES CLINIQUES

Existence d’une maladie chronique : c OUI c NON

c Diabète c Obésité morbide c Maladie cardiovasculaire c Maladies auto-immunes

c HTA c Immunodépression c Maladie respiratoire c Autres : …………………………………………..

Grossesse : c OUI c NON Cas contact : c OUI c NON Fumeur : c OUI c NON

CONTEXTE

 Contre la Covid-19 : c OUI c NON Nom du Vaccin : ……………………..

 Date de la dernière injection : ……/……./……

Vaccination

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 : c