



# Formulaire administratif

	<b>BON DE PRISE EN CHARGE CORONAVIRUS COVID 19 DRIVE Grasse</b>	
<b>Document à compléter en MAJUSCULE</b>		
Nom usuel :	<u>Adresse:</u>	
Nom de naissance :	Téléphone :	
Prénom :	Mail :	
Date de naissance :		
N°Sécurité Sociale : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Nom du Médecin traitant :		
<b>Renseignements Clinique</b>		
Je soussigné : .....		
<input checked="" type="checkbox"/> Atteste sur l'honneur avoir pris connaissance du fait que le test PCR sont des actes médicaux non anonyme		
<input checked="" type="checkbox"/> Être informé (e) que les résultats du test seront automatiquement transmis sur la plateforme contact Covid de l'assurance maladie, ainsi que sur l'outil SI-DEP (système d'information national de suivi du dépistage COVID-19, conformément aux instructions gouvernementales		
<input checked="" type="checkbox"/> Être informé (e) que les résultats du test seront automatiquement transmis au médecin du travail		
Déclare avoir :		
<input type="checkbox"/> <b>Des symptômes s'apparentant à ceux du COVID 19 :</b>		
Date de début des symptômes : ____ / ____ / ____ (Fièvre (≥38°C, Céphalées, Fatigue intense, Toux sèche, Perte odorat, Perte de gout, Diarrhée, Dyspnée, Douleurs musculaires/articulaires)		
Lien avec un cas confirmé : Si oui, nature du lien avec le cas confirmé		
<input type="checkbox"/> Personne vivant sous le même toit <input type="checkbox"/> Voisins, collègues de travail <input type="checkbox"/> Autre (à préciser) : .....		
<input type="checkbox"/> <b>Aucun symptôme s'apparentant à ceux du COVID 19</b>		<b><u>Signature :</u></b>
<b>Cadre reserve au laboratoire</b>		
Nom et prénom du préleveur :		Heure de prélèvement :