



Diagnostic du COVID-19

Fiche destinée à l'ILM à compléter impérativement par le **prescripteur**

Identification du prescripteur

Nom
 Adresse
 Téléphone / fax
 Date de prescription : __/__/__

Tampon professionnel et signature

Identification du patient

Nom :
 Prénom :
 Commune de Résidence :
 Sexe : M F

Date de Naissance : __/__/__

Quartier ou district :
 N° de Téléphone :

NB : toute demande doit obligatoirement être validée par le Bureau de Veille Sanitaire (Téléphone astreinte 87 70 65 02)

Nom du médecin ayant validé le prélèvement :

Cadre réservé au préleveur

Antécédents

- Vaccination anti-grippale (2019-2020) réalisée
- Facteurs de risques : Diabète Maladies respiratoires chroniques Traitement immunosuppresseur
 Obésité Maladies cardio-vasculaires Grossesse

Clinique

Date de début des signes : __/__/__

Date de prélèvement : __/__/__

soit

J

- Fièvre Toux sèche Toux grasse/expectorations Dyspnée/essoufflement
 Rhinite Agueusie Céphalées Asthénie
 Pharyngite Anosmie Myalgies/courbatures SDRA
 Diarrhées Autre(s) :

ASYMPTOMATIQUE

Contexte épidémiologique (cocher 1 seule case)

- Symptômes seuls
 Contact avec un cas confirmé - Date du dernier contact :
 Voyage récent hors de Polynésie française Où ?
 Date de retour en Pf?.....
 Profession exposée – Laquelle :

Nature du prélèvement :

- Ecouvillon naso/oropharyngé sur milieu de transport
 Expectoration
 LBA

Identité du préleveur