

Fiche de renseignements cliniques
Diagnostic sérologique de l'infection par le SARS-CoV-2 (COVID-19)

❖ **Médecin prescripteur et/ou Laboratoire préleveur**

Médecin prescripteur Nom : N° tél : E-mail : Cachet et signature :	Laboratoire préleveur * <i>* joindre obligatoirement la prescription médicale</i> Nom : N° tél : E-mail : Prélevé le : Cachet et signature :
---	---

❖ **Patient**

Nom et prénom : Sexe : Mâle Femelle
 Né le : Profession : Ville de résidence :
 N° tél : E-mail :

❖ **Contexte (à remplir par le médecin ou le directeur de laboratoire)**

* Voyage récent à l'étranger ? Non Oui Pays visité : Date de retour :
 * Contact suspect avec COVID-19(+) ? Non Oui Durée : Date :
 * Signes cliniques évocateurs de COVID-19 ? Non Oui Date de début des signes :
 Principaux signes cliniques :
 * Autre motif :

❖ **Diagnostic de l'infection par le SARS-CoV 2**

Par RT-PCR sur prélèvement naso-pharyngé ? si oui, date : Résultat : Positif Négatif
 Par imagerie médicale ? si oui, date : Résultat : Evocateur Non évocateur

❖ **Informations et consentement (à cocher selon votre choix)**

Le laboratoire vous informe que les renseignements du présent document ainsi que le reliquat de votre prélèvement pourront être réutilisés, sauf opposition de votre part, de manière anonyme, en garantissant la confidentialité des données, dans l'objectif d'améliorer les tests diagnostiques et/ou de mieux comprendre la maladie COVID -19.

Je soussigné Mr/Mmeatteste avoir été informé(e) par mon médecin de ce test. J'ai compris les objectifs du test et obtenu les réponses à mes questions. Je donne mon consentement à faire le test sérologique et

* J'autorise l'utilisation de mon prélèvement pour des fins de recherche
 pour des projets portant sur le même thème
 pour d'autres projets de recherche

* Je n'autorise pas l'utilisation que pour le test sérologique COVID-19 et demande la destruction de mes échantillons après le test

Signature du patient