



LBM BIO SOLEIL  
80/82 Avenue Léopold  
Héder  
97300 Cayenne

**Fiche de renseignement extérieur  
COVID 19 (SARS-Cov-2)**

Ref : TOUS-ENR-045  
Version : 01  
Applicable le : 26-10-2020



**INFORMATIONS PATIENT**

SEXE	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
NOM	
PRÉNOM	
DATE ET LIEU DE NAISSANCE	
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE	
ADRESSE POSTALE *	
ADRESSE MAIL	

\*Important

**INFORMATIONS SÉCURITÉ SOCIALE**

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE	
NOM DE LA CAISSE D’AFFILIATION (CGSS/ CPAM...)	

**CADRE RÉSERVÉ AU PERSONNEL DE SANTÉ**

DATE DE PRÉLÈVEMENT	
HEURE DE PRÉLÈVEMENT	
HEURE DE RÉCEPTION	
PRÉLEVÉ PAR	
NOTION D’URGENCE	<input type="checkbox"/> URGENT <input type="checkbox"/> NON URGENT

**SIGNES CLINIQUES**

**RENSEIGNEMENT CLINIQUES**

**VISA**

<input type="checkbox"/> Fièvre <input type="checkbox"/> Syndrome grippal <input type="checkbox"/> Perte de goût <input type="checkbox"/> Perte d’odorat <input type="checkbox"/> Signe digestif <input type="checkbox"/> Syndrome de détresse respiratoire <input type="checkbox"/> Toux <input type="checkbox"/> Autre .....	<input type="checkbox"/> Vaccination contre la grippe saisonnière <input type="checkbox"/> Prescription de traitement anti-viral <input type="checkbox"/> Existence d’une maladie chronique : <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Maladie respiratoire <input type="checkbox"/> Immunodépression <input type="checkbox"/> Autre.....	
---	--	--