



Fiche de renseignements cliniques
Sérologie du SARS-CoV2 (COVID-19)

Médecin prescripteur /
Laboratoire préleveur (*Prescription médicale obligatoire*)

Sérologie(s) demandée(s)

Nom et prénom :

Ville : Tél:

Cachet et signature :

Etiquette IPT

Patient

Nom et prénom : Sexe : Mâle Femelle

Né le :/...../..... Profession : Ville de résidence :

Nationalité : Tél: E-mail :

Contexte

* Contact suspect avec COVID-19(+) ? Si **oui**, durée : Date :/...../.....

* Signes cliniques évocateurs de la COVID-19 ? Si **oui**, date du début des signes :/...../.....

Principaux signes cliniques :

* Réalisation d'une RT-PCR SARS-CoV2? Si **oui**, date:/...../..... Résultat: Positif Négatif

* Exploration par imagerie médicale? si **oui**, date:/...../..... Résultat: Evocateur Non évocateur

* Vaccination anti-COVID-19? Si **oui**, type du vaccin:

Date première dose:/...../..... Date deuxième dose :/...../.....

* Autre motif :

Information et consentement (à cocher selon votre choix)

Le laboratoire vous informe que, sauf opposition de votre part, les renseignements du présent document ainsi que le reliquat de votre prélèvement pourront être réutilisés, 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/Mme (le patient) atteste 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

Signature du patient

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