



L.B.M. ZTP
7 rue Raymond Lefebvre
93170 BAGNOLET

**Formulaire d'admission en vue
d'une PCR COVID 19**

Ref : A-C1-ENR-089-04
Version : 04
Applicable le : 30-10-2020



Merci de présenter impérativement votre carte vitale à jour, le jour du test.

Date : ____/____/____

Heure : __h__

Nom de naissance : _____

Nom usuel : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/____

Sexe : M F

N° de sécurité sociale : |__| |__I__| |__I__| |__I__| |__I__I__| |__I__I__| |__I__|

Facultatif pour les établissements de soins

Adresse mail (EN CAPITAL): _____@_____

Téléphone : _____

Adresse de résidence : _____

Situation de résidence :

- Hébergement individuel
 Hospitalisé(e) Résident(e) en EHPAD Autres structures d'hébergement collectif

Professionnel de santé :

- Oui Non Ne sais pas

Renseignements cliniques :

- Asymptomatique
 Symptomatique Date de début des symptômes : _____

Médecin Traitant :

Nom - Prénom - Ville : _____

OBLIGATOIRE

Adresse: _____

FACULTATIF

Seriez-vous dans un endroit différent dans les 7 jours à venir ?

- Oui Non

Si Oui : Merci de donner :

- soit le code postal : _____
- soit le département : _____
- soit le pays : _____

Voyage dans les 14 derniers jours: Non Oui

- Si oui, dans quel pays ? : _____

Motif du test :

- Départ ou retour de voyages Campagne de dépistage entreprises et collectivités
 Préopératoire Autres
 Sujet contact