

RENSEIGNEMENTS DU PATIENT :

Nom :
 Prénom :
 Date de naissance :
 Téléphone :

RENSEIGNEMENTS MEDECIN :

Nom :
 Prénom :
 Etablissement :
 Téléphone :

CONDITIONS DU PRELEVEMENT :

Ecouvillonnage naso-pharyngé

NB : Les prélèvements naso-pharyngés doivent être conservés à :

- **TEMPERATURE AMBIANTE** pendant une durée \leq **2 HEURES**
- **4°C** pendant **1 JOUR**.

INFIRMIER DU LRAM :

Date et heure de réception au LRAM : le
 àH.....min
 Visa de l'infirmier du LRAM:

SIGNES CLINIQUES	OUI	NON
Fièvre, si oui : Température.....°C (Mesurée <input type="checkbox"/> Rapportée <input type="checkbox"/>)		
Courbatures		
Maux de tête		
Asthénie		
Toux		
Maux de gorge		
Diarrhée		
Vomissements		
Traitement, si oui le quel ?		
Vaccination		
Délai d'apparition des signes cliniques : jours		
FACTEURS DE RISQUE		
• Grossesse <input type="checkbox"/>	• Diabète <input type="checkbox"/>	
• Asthme <input type="checkbox"/>	• Néoplasie <input type="checkbox"/>	
• Insuffisance rénale <input type="checkbox"/>	• Obésité <input type="checkbox"/>	
• Insuffisance cardiaque <input type="checkbox"/>	• Autres : <input type="checkbox"/>	

Auteur : SOUIRI Amal	Vérificateur : LEMRIS Sanaâ 2019-02-05	Validation : BENTALEB Lamiae 2019-02-05	Approbation : EL KABBAJ Saâd 2019-02-05	Application : 2019-02-05	Page 1 / 1 Edité le : 9 octobre 2019
--------------------------------	---	--	--	------------------------------------	--