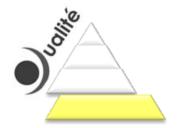
## CENTRE HOSPITALIER COMPIEGNE-NOYON



## COVID - Equipe mobile de prélèvement extrahospitalière : fiche de renseignement individuelle

N3-3680 - V1

Date de dernière diffusion: 08/10/2020

Etiquette si besoin

## A remplir en MAJUSCULE

| >                                  | Nom d'usage :   |  |  |  |
|------------------------------------|---|--|--|--|
| >                                  | Prénom :  |  |  |  |
| >                                  | Nom de naissance :<br>(nom de jeune fille)  |  |  |  |
| >                                  | Date de naissance :   |  |  |  |
| >                                  | Adresse (voie, numéro dans la voie, code postal et commune):  |  |  |  |
| >                                  | Numéro de téléphone portable ou fixe :  |  |  |  |
| >                                  | Adresse e-mail :  |  |  |  |
| >                                  | Numéro de sécurité sociale :  |  |  |  |
| >                                  | Nom et prénom du médecin<br>traitant (si pas de prénom,<br>indiquer la commune où se situe<br>le cabinet) : |  |  |  |
| Si le patient prélevé est mineur : |   |  |  |  |
|                                    | Nom et Prénom du renrésentant   |  |  |  |

| > | Nom et Prénom du représentant<br>légal :    |  |
|---|---|--|
| > | Lien de parenté :                           |  |
| > | Adresse si différente de celle du patient : |  |
| > | Numéro de téléphone portable ou fixe :      |  |
| > | Adresse e-mail :                            |  |
| > | Numéro de sécurité sociale :                |  |