

Infection due au nouveau Coronavirus SARS-CoV-2
Questionnaire CAS CONFIRME ou PROBABLE

NOM du signalant : Date du signalement ____/____/____ Numéro du cas ____

Organisme (médecine générale, hôpital, centre, CPAM, ARS) :
Dépt. : |__| |__| Téléphone : Email :

Nom de la personne enregistrant le signalement (si différente):
Organisme (médecine générale, hôpital, centre, CPAM ; ...) :
Dépt. : |__| |__| Téléphone : Email :

1- Identité du patient

Nom : Prénom :

Sexe : M F Date de naissance : ____/____/____

Adresse du domicile en France :

Commune : Code Postal : /_____/

Tel domicile : Tel portable :

Email :

Médecin traitant si différent du signalant : Nom : Prénom :

Tel : Code Postal : /_____/ Commune :

Email :

Date du début des signes cliniques : ____/____/____

Le cas s'est-il isolé au début des signes : Oui Non NSP

2 - Situation du cas au moment du signalement (plusieurs réponses possibles)

- Hospitalisé
- A domicile ou hôtel ou centre d'hébergement
- En quarantaine en raison d'un contact avec un cas confirmé antérieur

