



DOC 2A - FORMULAIRE DE MALADIE À DÉCLARATION OBLIGATOIRE - COVID-19

Médecin prescripteur :	Adresse:
Date: L.	_ Adresse : Tél/Fax :
Etablissement/ Service :	_ Mail :
	Signature:
Version V1 du 21/03/2020 - IMPORTANT : assurez-vous que vous sur le site de la DASS-NC www.dass.gouv.nc	s utilisez la dernière version en vigueur du document téléchargeable
Nom de famille :	Nom de naissance :
Prénom: Sexe: □ M □ F	Date de naissance : / /
LA MENTION D'UNE ADRESSE DU PATIENT ET [D'UN CONTACT TÉLÉPHONIQUE EST INDISPENSABLE
Adresse:	Code postal : Landa Landa
Quartier /Tribu :	
Téléphone / Mobilis : [
Contexte épidémiologique :	
Voyage hors NC ≤ 14 jours :	
□ Oui □ Non Siouioù? Lııııııııııııııı	
signes grippaux ou contact avec un cas po	étranger depuis moins de 14 jours présentant des ositif confirmé : ii, date de dernier contact : L
Contexte clinique :	
Symptômes à la consultation :	
• □ Toux ou □ Gêne à la respiration (un ou deux symptômes score =6)	
• 🗆 Fièvre >38° (Température mesurée 🗆 Température déclarée 🗅)	
• □ Douleurs musculaires ou □ douleurs diffuses ou □ frissons ou □ fatigue intense	
• Aguenesie ET anosmie d'apparition brutale sans obstruction nasale	
- Agochesic Et allositile a appailiottbl	Totale 3atis obstruction masale
 Signe(s) de gravité (Cf doc 2B) : Oui Facteur(s) de risque de décompensation 	
CADRE RÉS	Servé à la dass
Cas confirmé biologiquement 🗆 Cas négat	if Cas clinique En attente de confirmation
	•



