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

Médecin prescripteur : _____ Adresse : _____
Nom : _____ Tél/Fax : _____
Date : |_|_|_|_|_|_|_|_| Mail : _____
Etablissement/ Service : _____ Signature :

Version V1 du 21/03/2020 - IMPORTANT : assurez-vous que vous utilisez la dernière version en vigueur du document téléchargeable sur le site de la DASS-NC www.dass.gouv.nc

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 : |_|_|_|_|_|

Quartier /Tribu : _____ Commune : _____

Téléphone / Mobilis : |_|_|_|_|_|_| Email adresse : _____

Contexte épidémiologique :

Voyage hors NC < 14 jours :
☐ Oui ☐ Non Si oui où ? |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Contact avec une personne rentrée de l'étranger depuis moins de 14 jours présentant des signes grippaux :
☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

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

- **Signe(s) de gravité** (Cf doc 2B) : ☐ Oui ☐ Non
- **Critères d'isolement en milieu sanitaire** (Cf doc 2C) : ☐ Oui ☐ Non
- **Facteur(s) de risque de décompensation** (Cf doc 2C) : ☐ Oui ☐ Non

RÉSULTAT DU PRÉLEVEMENT (*Ce document vaut pour Maladie à Déclaration Obligatoire si résultat positif*)

Date du résultat : |_|_|_|_|_|_|_|_|

POSITIF ☐ **NÉGATIF** ☐

Ce document est susceptible d'être modifié en fonction de l'évolution de la situation. Merci de vérifier qu'il s'agit de la dernière version en vigueur.