**Demande d’admission pour confinement**

**à l’hôtel du fleuve Sinnamary**

**Médecin demandeur**

**Nom :**

**Prénom :**

**Téléphone :**

**Email :**

**Etablissement / centre médical :**

**Identité du patient**

**Nom :**

**Prénom :**

**Date de naissance :**

**Téléphone :**

**Email :**

**N° SS :**

**CMU :** ◻ oui ◻non **AME :** ◻oui ◻non

**Adresse patient :**

**COVID 19 :**

**Date des 1° Signes :**

**Date du 1° Prélèvement Positif :**

**Symptômes actuels :**

**ATCD :**

**Comorbidité(s) :**

**Traitement actuel\* :**

**Autonomie (mobilité, alimentation, toilette, prise de traitement…) :** ◻**Totale** ◻**Partielle**

**Existence d’une Co-infection associée (Dengue, paludisme…) : oui /non**

**Allergie :**

\* Adressez la demande au mail SAU Covid : saucovid@ch-kourou.fr