

# CERTIFICAT MEDICAL- ORIENTATION CENTRE « COVID + »

A transmettre à [ARS-IDF-COVID-PRECARITE-ACCUEIL@ars.sante.fr](mailto:ARS-IDF-COVID-PRECARITE-ACCUEIL@ars.sante.fr)

Je soussigné-e

Docteur  
Identification de la structure  
Téléphone / Mail

Atteste que

Monsieur  Madame  
Nom  
Prénom  
Date de naissance (si disponible)

- doit bénéficier d'une prise en charge au titre du COVID-19  
 dans un centre pour hommes  dans un centre pour femmes ou familles

**Les critères de cette prise en charge sont :**

- un diagnostic PCR+ ;  
 **OU** un tableau clinique évocateur dans une collectivité (centre d'hébergement...)  
dans laquelle au moins trois patients ont été testés PCR+ ;

**ET**

- une impossibilité d'isolement dans son lieu d'hébergement habituel \* ;  
 **OU** une situation de rue ;

**ET**

- une absence d'indication d'hospitalisation** (situation clinique stabilisée à l'examen de ce jour).

\* *Si impossibilité d'isolement dans le lieu d'hébergement*

Préciser les coordonnées du lieu d'hébergement habituel

Nom

Adresse

Téléphone

Ce lieu d'hébergement a-t-il été prévenu de la demande d'orientation du patient ?

oui

non

Numéros de téléphone que l'ARS IDF peut contacter pour toute information relative à l'orientation du patient (privilégier portable) : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_ ou \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

Date \_\_/\_\_/2020

Signature et cachet