



RESERVE A  
L'ETIQUETTE  
CODE BARRE  
INTERNE  
BIOLOGIE

# BON DE DEMANDE DEPISTAGE DU SARS-COV-2 PAR PCR (COVID-19)

MUL-PRECO-TRA008 v01 (version février 2023)

AGENT  
LABO :

<b>COLLER L'ETIQUETTE D'IDENTIFICATION</b> N° Sigma : _____ Nom : _____ Prénom : _____ Nom de naissance : _____ Sexe : _____ Né(e) le : _____	<b>Adresse postale résidence actuelle du patient (ou à défaut, résidence classique du patient) :</b> _____ _____ _____ <b>N° de mobile (ou, à défaut, N° de mobile d'un proche de confiance ou N° fixe) :</b> _____ <b>Adresse-mail :</b> _____@_____
---	--

<b>CENTRE HOSPITALIER</b> Service de soins (UF) COLLER ICI L'ETIQUETTE N° UF	<b>HORS CENTRE HOSPITALIER</b> Nom et Adresse de la structure : _____ Téléphone : _____	<b>SUPPORT</b> <input type="checkbox"/> VCM <input type="checkbox"/> Transwab <input type="checkbox"/> Pot <input type="checkbox"/> Autre
---	---	---

## DONNÉES OBLIGATOIRES (renseignements plateforme nationale de résultats Covid (SI-DEP))

<b>Consentement du patient</b> pour communication des données personnelles	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	CONFORMEMENT AU RGPD, EN L'ABSENCE DE CONSENTEMENT DU PATIENT OU EN L'ABSENCE DE REPONSE, LES DONNEES NE SERONT PAS REMONTEES AU SEIN DE LA PLATEFORME SIDEP. SIDEP NE POURRA PAS GENERER ET ENVOYER UN JUSTIFICATIF D'ABSENCE DE CONTAMINATION PAR LA COVID-19 OU UN CERTIFICAT DE RETABLISSEMENT
---	--	--

<b>Prélèvement</b>	Date et heure de prélèvement : _____ Nom et qualité du préleveur : _____ Nature : <input type="checkbox"/> Écouvillonnage nasopharyngé <input type="checkbox"/> Expectoration/crachat <input type="checkbox"/> Salive <input type="checkbox"/> Liquide broncho-alvéolaire <input type="checkbox"/> Autre : _____
--------------------	---

<b>Médecin prescripteur</b>	Nom : _____ Numéro RPPS (si existant) ou, à défaut, numéro ADELI : _____
-----------------------------	---

<b>Lieu de résidence actuelle</b>	<input type="checkbox"/> Hébergement individuel (I) <input type="checkbox"/> Résident en EHPAD (E) <input type="checkbox"/> En milieu carcéral (C) <input type="checkbox"/> Hospitalisé (H) <input type="checkbox"/> Autre structure d'hébergement collectif (A) <input type="checkbox"/> Ne sait pas (U)
-----------------------------------	--

<b>Professionnel de santé</b>	<input type="checkbox"/> Oui (O) <input type="checkbox"/> Non (N) <input type="checkbox"/> Ne sait pas (U)
-------------------------------	--

<b>Avez-vous déjà eu le COVID-19 ?</b>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui → À quelle date approximativement : _____
--	---

<b>Séjour à l'étranger dans les 14 jours précédant le prélèvement ?</b>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui → Quel pays : _____
---	---

<b>Prélèvement dans le cadre d'un dépistage d'un cas contact ?</b>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui → La personne positive au SARS-COV2 a-t-elle séjourné à l'étranger ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui → Quel pays : _____
--	---

<b>Apparition des premiers symptômes</b>	<input type="checkbox"/> Asymptomatique (ASY) <input type="checkbox"/> Le jour ou la veille du prélèvement (S01) <input type="checkbox"/> Entre 8 et 15 jours avant le prélèvement (SS2) <input type="checkbox"/> 2, 3 ou 4 jours avant le prélèvement (S24) <input type="checkbox"/> Plus de deux semaines avant le prélèvement (SS3) <input type="checkbox"/> 5, 6 ou 7 jours avant le prélèvement (S57) <input type="checkbox"/> Ne sait pas (U)
--	--

<b>Contexte</b>	<input type="checkbox"/> Diagnostic : suspicion d'infection COVID-19 <input type="checkbox"/> Bloc immédiat - Heure prévue : _____ <input type="checkbox"/> Dépistage en vue d'une hospitalisation programmée <input type="checkbox"/> Accouchement immédiat/Accompagnant <input type="checkbox"/> Dépistage chez personnel soignant <input type="checkbox"/> SDRA Sévère <input type="checkbox"/> Voyage dans les 48h <input type="checkbox"/> Mise en chambre double non programmée <input type="checkbox"/> Autre : _____ <input type="checkbox"/> Transfert immédiat dans un autre établissement de santé
-----------------	---

<b>Vaccination</b>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui : Dose 1 Date : ___/___/___ Nom du vaccin : _____ Dose 2 Date : ___/___/___ Nom du vaccin : _____
--------------------	---

<b>Autre commentaire :</b> _____ _____
--