BIOLOGIE MOLECULAIRE VIROLOGIQUE ☎ 0327141385 Horaire: 8h-16h	*RESERVE A L'ETIQUETTE CODE BARRE INTERNE BIOLOGIE*	**CENTRE HOSPITALIER DE VALENCIENNES** **POLE DE BIOLOGIE – HYGIENE** **BON DE DEMANDE D'EXAMENS BIOLOGIQUES**

DIAGNOSTIC DU SARS-COV-2 PAR PCR (COVID-19)

AGENT LABO :

COLLER L'ETIQUETTE D'IDENTIFICATION	
N° Sigma :	
Nom :	*COLLER ICI*
Prénom :	*L'ETIQUETTE*
Nom de naissance :	*SIGMA*
Sexe :	
Né(e) le :	

Adresse postale résidence actuelle du patient *(ou à défaut, résidence classique du patient)* **:**

_____

_____

_____

N° de mobile *(ou, à défaut, N° de mobile d'un proche de confiance ou N° fixe)* **:** _____

Adresse-mail : _____@_____

CENTRE HOSPITALIER	HORS CENTRE HOSPITALIER	SUPPORT
Service de soins (UF) **COLLER ICI** *L'ETIQUETTE N° UF*	**Nom et Adresse de la structure :** **Téléphone :**	❑ VCM ❑ Transwab ❑ Pot ❑ Autre

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

Prélèvement	Date et heure de prélèvement : _____ Nom et qualité du préleveur : _____ Nature : ❑ Écouvillonnage nasopharyngé ❑ Expectoration/crachat ❑ Salive ❑ Liquide broncho-alvéolaire ❑ Autre :
Médecin prescripteur	Nom : _____ Numéro RPPS (si existant) ou, à défaut, numéro ADELI : _____
Lieu de résidence actuelle	❑ Hébergement individuel ***(I)*** ❑ Résident en EHPAD ***(E)*** ❑ En milieu carcéral ***(C)*** ❑ Hospitalisé ***(H)*** ❑ Autre structure d'hébergement collectif ***(A)*** ❑ Ne sait pas ***(U)***
Professionnel de santé	❑ Oui ***(O)*** ❑ Non ***(N)*** ❑ Ne sait pas ***(U)***
Avez-vous déjà eu le COVID-19 ?	❑ Non ❑ Oui → à quelle date approximativement : _____
Séjour à l'étranger dans les 14 jours précédant le prélèvement ?	❑ Non ❑ Oui → Quel pays : _____
Prélèvement dans le cadre d'un dépistage d'un cas contact ?	❑ Non ❑ Oui → la personne positive au SARS-COV2 a-t-elle séjourné à l'étranger ? ❑ Non ❑ Oui → Quel pays : _____
Apparition des premiers symptômes	❑ Asymptomatique ***(ASY)*** ❑ Le jour ou la veille du prélèvement ***(S01)*** ❑ Entre 8 et 15 jours avant le prélèvement ***(SS2)*** ❑ 2, 3 ou 4 jours avant le prélèvement ***(S24)*** ❑ Plus de deux semaines avant le prélèvement ***(SS3)*** ❑ 5, 6 ou 7 jours avant le prélèvement ***(S57)*** ❑ Ne sait pas ***(U)***
Contexte	❑ Diagnostic : suspicion d'infection COVID-19 ❑ Bloc immédiat - Heure prévue : _____ ❑ Dépistage en vue d'une hospitalisation programmée ❑ Accouchement immédiat/Accompagnant ❑ Dépistage d'un cas contact d'un cas confirmé ❑ SDRA Sévère ❑ Dépistage chez personnel soignant ❑ Mise en chambre double non programmée ❑ Visiteur hôpital/accompagnant ❑ Voyage dans les 48h ❑ Autre : _____
Vaccination	❑ Non ❑ Oui Dose 1 Nom du vaccin : _____ Date : _____ Dose 2 Nom du vaccin : _____ Date : _____
Autre commentaire :	