

FICHE DE RENSEIGNEMENTS POUR CORONAVIRUS PCR



LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE LES RENSEIGNEMENTS DE CETTE FICHE SONT OBLIGATOIRES

PRESCRIPTEUR	IDENTITE DU PATIENT
Nom du prescripteur : <div style="border: 1px solid black; width: 200px; height: 100px; margin: 10px auto; text-align: center;"> Coller une étiquette service </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 200px; height: 100px; margin: 10px auto; text-align: center;"> Coller une étiquette patient </div>
Numéro de poste du service pour communiquer les résultats :	

RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES	
PRELEVEMENT	
Date de prélèvement :/...../..... Heure de prélèvement :h..... Préleveur :	<input type="checkbox"/> Ecouvillonnage naso-pharyngé <input type="checkbox"/> Expectoration/crachat <input type="checkbox"/> Lavage broncho-alvéolaire <input type="checkbox"/> Autre :
LIEU DE RESIDENCE ACTUELLE	DELAI d'APPARITION DES PREMIERS SYMPTOMES AVANT LE PRELEVEMENT
<input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/> Hébergement individuel <input type="checkbox"/> Hospitalisé <input type="checkbox"/> Résident en EHPAD <input type="checkbox"/> En milieu carcéral <input type="checkbox"/> Autre structure d'hébergement collectif	<input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/> Asymptomatique <input type="checkbox"/> Symptômes apparus le jour ou la veille <input type="checkbox"/> Symptômes apparus 2, 3 ou 4 jours avant <input type="checkbox"/> Symptômes apparus 5, 6 ou 7 jours avant <input type="checkbox"/> Symptômes apparus entre 8 et 14 jours avant <input type="checkbox"/> Symptômes apparus entre 15 et 28 jours avant <input type="checkbox"/> Symptômes apparus plus de 4 semaines avant
CONTEXTE PARTICULIER	PROFESSIONNEL DE SANTE
Pays de résidence habituelle (si différent de la France) : <input type="checkbox"/> Séjour à l'étranger dans les 14 jours précédents Indiquer le pays : <input type="checkbox"/> Bilan préopératoire date (et heure) opération : <input type="checkbox"/> Sujet contact <input type="checkbox"/> Dépistage massif <input type="checkbox"/> Transfert/Sortie vers un autre établissement date (et heure) du transfert : <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/> Oui Etablissement de soins/structure : <input type="checkbox"/> Non
	STATUT VACCINAL
	<input type="checkbox"/> Non vacciné <input type="checkbox"/> Vacciné Nombre de doses :