

BON DE DEMANDE **RT-PCR** SARS-CoV2 (COVID 19)

**RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES SURLIGNES POUR ENVOI SUR SI-DEP
 PAR LE CHU**

PATIENT

Nom de naissance : _____

Date de Naissance : ____ / ____ / ____

Nom usuel : _____

Adresse postale : _____

Prénom : _____

Lieu de naissance : _____

Sexe : Homme Femme

S.Sociale ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Tel Portable : _____ (Téléphone fixe à défaut)

Courriel : _____ @ _____

(à saisir en MAJUSCULES)

CONTEXTE : CLUSTER **NON** **OUI** (Si oui, préciser le lieu supposé : _____)

Patient zéro ou Cas contact : Patient présent dans ContactCovid (AméliPro)
 Déclaration faite dans ContactCovid : OUI NON

Dépistage au sein des structures d'hébergement collectif au CHU de Dijon
 Dépistage en amont d'une hospitalisation ou d'une chirurgie ambulatoire hors CHU de Dijon
 Prélèvement à l'initiative du patient SANS PRESCRIPTION

RENSEIGNEMENTS

Délai d'apparition des premiers symptômes (Température, toux, gorge irritée, perte goût/odorat, fatigue ou douleurs inhabituelles, diarrhée, difficultés respiratoires,...) au jour du prélèvement :

asymptomatique ce jour ou la veille 2, 3 ou 4 jours avant 5, 6 ou 7 jours
 entre 8 et 14 jours entre 15 et 28 jours > de 4 semaines Ne sait pas

Lieu de résidence actuelle : Hébergement individuel Hospitalisé Milieu carcéral
 Résident en EHPAD Autre structure d'hébergement collectif
 Ne sait pas

Le patient consent à accéder à ses résultats via le portail patient : Oui Non

Le patient est un professionnel de santé (Personnel travaillant dans un établissement de santé ou assimilé) : Oui Non Ne sait pas

MEDECINS

Médecin prescripteur si prescription: RPPS _____ **OU** absence de prescription

Nom : _____ Prénom : _____

Tel : _____ Courriel sécurisé : _____

Adresse postale : _____

Médecin traitant : RPPS _____ **OU** absence de médecin traitant déclaré

Nom : _____ Prénom : _____

Tel : _____ Courriel sécurisé : _____

Adresse postale : _____

PRELEVEMENT ÉTABLISSEMENT PRELEVEUR : _____ **Nom du préleveur** : _____

Date : ____ / ____ / ____ **Heure** : ____ h ____

EXAMENS A REALISER: RT-PCR SARS-CoV2 (COVID 19) **Merci de JOINDRE L'ORDONNANCE**