

BON DE DEMANDE RT-PCR SARS CoV2 (COVID 19)	REFERENCE	ENR2173V1
	DATE D'APPLICATION	14/04/2022
	MISE A JOUR	
DOMAINE D'APPLICATION	Ensemble du personnel	Ensemble des services

Renseignements obligatoires surlignés pour envoi sur SI-DEP

PATIENT :	Date de naissance : __ / __ / __
Nom de naissance : _____	Adresse postale : _____
Nom usuel : _____	
Prénom : _____	Pays : <input type="checkbox"/> France <input type="checkbox"/> Autre
Sexe : <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Lieu de naissance : _____
Téléphone portable : _ _ _ _ _	Sécurité sociale : _ / _ / _ / _ / _ / _
Courriel : _____@_____	
CONTEXTE : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (Si oui, préciser le lieu supposé : _____)	
<input type="checkbox"/> Patient zéro ou <input type="checkbox"/> Cas contact : Patient présent dans ContactCovid (AméliPro) <input type="checkbox"/>	
Déclaration faite dans ContactCovid : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<input type="checkbox"/> Prélèvement à l'initiative du patient SANS PRESCRIPTION	
<input type="checkbox"/> Dépistage en amont d'une hospitalisation ou d'une chirurgie ambulatoire	
<input type="checkbox"/> Dépistage ARS (code de campagne : _ _ _ - _ _ - _ _ _ _)	
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 :	
<input type="checkbox"/> asymptomatique	<input type="checkbox"/> ce jour ou la veille
<input type="checkbox"/> entre 8 et 14 jours	<input type="checkbox"/> entre 15 et 28 jours
<input type="checkbox"/> > 4 semaines	<input type="checkbox"/> 2, 3 ou 4 jours avant
<input type="checkbox"/> ne sait pas	<input type="checkbox"/> 5, 6 ou 7 jours
Lieu de résidence actuelle : <input type="checkbox"/> Hébergement individuel <input type="checkbox"/> Hospitalisé <input type="checkbox"/> Milieu carcéral	
<input type="checkbox"/> Résident en EHPAD <input type="checkbox"/> Autre structure d'hébergement collectif	
Le patient consent à accéder à ses résultats via le portail patient : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Le patient est un professionnel de santé (Personnel travaillant dans un établissement de santé ou assimilé) :	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	
Si voyage à l'étranger dans les 14 derniers jours, pays de provenance : _____	
Résidence temporaire (si différente de résidence actuelle ou prévue dans les 7 jours) :	
Code postal : _ _ _ _ _ N° du département : _ _ Pays : <input type="checkbox"/> France <input type="checkbox"/> Autre	
Statut vaccinal : <input type="checkbox"/> Primo vacciné <input type="checkbox"/> Schéma vaccinal initial complet <input type="checkbox"/> Ne sait pas	
MEDECINS :	
Médecin prescripteur si prescription : RPPS : _____ OU <input type="checkbox"/> Absence de prescription	
Nom : _____	Prénom : _____
Tel : _ _ _ _ _	Courriel sécurisé : _____@_____
Adresse postale : _____	
Médecin traitant : RPPS : _____ OU <input type="checkbox"/> Absence de médecin traitant déclaré	
Nom : _____	Prénom : _____
Tel : _ _ _ _ _	Courriel sécurisé : _____@_____
Adresse postale : _____	
PRELEVEMENT :	
Nom du préleveur : _____	Date : __ / __ / __ Heure : __ h __