

IDENTITE PATIENT (Coller l'étiquette)

Nom / Prénom :

Nom de naissance :

Date de naissance : Sexe : F

Date d'entrée : M

Préleveur :

Prescripteur :

HOSPITALISATION
(Coller l'étiquette)

Service

Site

VISA (Labo) :

Laboratoire CHNDS **RT-PCR COVID / TEST ANTIGENE COVID** PRE-EN-041 V7



DATE DU PRELEVEMENT : / / HEURE : :

Patient hospitalisé sans symptômes évocateur de COVID, retour à domicile, soignant, entrée EHPAD. **RT-PCR COVID**
Envoi au CHU de Poitiers

Réservé LABO
 COEX
 AD DMC NCNE

Patient hospitalisé symptomatique, si bloc en urgence, si accouchement en urgence, si transfert en psychiatrie. **RT-PCR COVID**
à faire au laboratoire

Test antigénique COVID Résultat du test : POSITIF Négatif Douteux

Renseigner impérativement : Lot du test : Nom de l'opérateur :

RENSEIGNEMENTS PATIENT OBLIGATOIRES

COLLER ICI LA GRANDE ETIQUETTE PATIENT

Sinon, renseigner IMPERATIVEMENT les champs ci-dessous

Numéro de sécurité sociale :

Adresse postale du patient :

Code postal : Ville :

Patient ayant séjourné à l'étranger ou CONTACT avec personne ayant séjourné à l'étranger < 14 jours : OUI Pays : NON

Recueil du consentement patient à l'envoi des données personnelles sur la plateforme SIDEP à visée épidémiologique : OUI NON

N° de téléphone portable (impératif) : (N° tel fixe si pas de portable :

Médecin traitant (Nom Prénom) :

Lieu de résidence du patient

Hébergement individuel Carcéral

Hospitalisé Autre hébergement collectif

EHPAD

Destination du patient

Retour à domicile

EHPAD

Hospitalisation

Date d'apparition des symptômes

Le jour ou la veille du prélt Entre 8 et 14 jours avant le prélt Asymptomatique

2, 3 ou 4 jours avant le prélt Entre 15 et 28 jours avant le prélt Ne sait pas

5, 6 ou 7 jours avant le prélt Plus de 4 semaines avant le prélt

Professionnel de santé ou médico-social

NON OUI Date de retour prévue au poste :

Si personnel CHNDS préciser le service :
.....