

IDENTITE PATIENT*(Coller l'étiquette)*

Nom / Prénom :

Nom de naissance :

Date de naissance : Sexe : FDate d'entrée : M

Préleveur :

Prescripteur :

HOSPITALISATION*(Coller l'étiquette)*

Service

Site

VISA (Labo) :

Laboratoire CHNDS

RT-PCR COVID / TEST ANTIGENE COVID

PRE-EN-041 V6

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 DouteuxRenseigner 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 Cocher si patient
ALGECO ou EXTERNE (soignant)

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 :
.....