

**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 COVIDRésultat 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 :

.....