

PATIENT

Nom Externe
 Prénom Hospitalisé (renseigner le service)
 DDN :/...../..... EHPAD
 Sexe : F M Collectivité (préciser).....
 Autre :

PROFESSION :
 Personnel soignant Si oui : précisez :
 Autre :

PRESCRIPTEUR

Médecin prescripteur :

 Nom UF préleveur :

 N° Poste :

 Centre Hospitalier :

PRELEVEMENT

LE :/...../..... À : H (Nom du préleveur =)

Sérologie SARS-CoV-2 (IgM + IgG) (**5COGM**) (1 tube sérum bouchon rouge) 

CONTEXTE

- **Symptômes** : NON OUI

Fièvre : °C Toux Syndrome pseudo grippal SDRA Signes radiologiques :
 Diarrhée Autres signes cliniques :
 - Si oui, Date de début des signes cliniques :/...../..... Date de fin des signes cliniques :/...../.....

- **RT-PCR SARS-CoV-2 réalisée** : NON OUI Si oui (date :/...../.....) et Résultat : Négatif Positif

- Notion de cas dans l'entourage oui non ne sait pas

- Contact avec un cas possible ou confirmé : oui non ne sait pas
 Date du dernier contact :/...../.....

- **Terrain** : Immunodépression – Pathologie :

Femme enceinte Terme :SA

Commentaires :

INDICATIONS

D'après les recommandations HAS du 2 mai 2020 : la sérologie SARS-CoV-2 est indiquée uniquement dans les situations suivantes. Veillez cocher la case correspondante :

Diagnostic initial ou de rattrapage d'un patient ou professionnel soignant symptomatique* avec tableau clinique évocateur de COVID -19 et RT-PCR négative.

Diagnostic étiologique à distance d'un patient ayant présenté des symptômes évocateurs du COVID-19, patient diagnostiqué uniquement cliniquement (RT-PCR non réalisée).

Dans le cadre d'une enquête autour d'un cas positif, des personnes contacts : dépistage d'un professionnel soignant (ou personnel d'hébergement collectif) après une RT-PCR négative uniquement à titre individuel sur prescription médicale.

*** La RT-PCR reste l'examen de référence dans le diagnostic de la phase aiguë de la maladie. En cas de RT-PCR négative, la sérologie doit être réalisée :**

Au minimum 7 jours après l'apparition des symptômes en cas de signes de gravité.

Au minimum 14 jours en l'absence de signes de gravité.

Information préalable du patient : En vertu du Code de la Santé Publique et de la Loi « Informatique et liberté », et dans le respect de la confidentialité, nous vous informons de la possible utilisation de vos échantillons biologiques et des données associées, à des fins de recherche clinique. En cas d'opposition de la part du patient, merci de le signaler ci-dessous.

Information remise/donnée au patient (ou pour les mineurs, au titulaire de l'autorité parentale / pour les majeurs sous tutelle, au tuteur) :

INFORMATION ET ACCORD DU PATIENT = **OUI / NON** (9OPPO) (entourer)