



# PCR CORONAVIRUS SARS-CoV-2

## Enregistrement SIDEP/Cyberlab

Etiquette  
Échantillon  
(fournie dans le kit)  
994-

SITE = .....

### DOSSIER

Date et heure de prélèvement :

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

Écouvillonnage nasopharyngé (avec milieu de transport)

Centre préleveur :

Centre de prélèvement : .....

Equipe médicale de prélèvement : .....

Prescripteur :

N° RPPS : .....

Adresse mail sécurisée : .....

### PATIENT

Nom de jeune fille : .....

Nom usuel : .....

Prénom : .....

Sexe :  F  M  autre

Date de naissance : ...../...../.....

Adresse : .....

Commune de Résidence : ..... Code postal : .....

Pour permettre la transmission des résultats par mail, **les informations suivantes sont indispensables** :

Adresse mail : .....

Téléphone mobile : .....

### CONTEXTE

Date d'apparition des premiers symptômes :

- Asymptomatique
- Symptômes apparus le jour ou la veille du prélèvement
- Symptômes apparus 2,3 ou 4 jours avant le prélèvement
- Symptômes apparus 5,6 ou 7 jours avant le prélèvement
- Symptômes apparus entre 8 et 14 jours avant le prélèvement
- Symptômes apparus entre 15 et 28 jours avant le prélèvement
- Symptômes apparus plus de quatre semaines avant le prélèvement
- Ne sait pas

Lieu de résidence actuelle :

- Hébergement individuel
- Hospitalisé
- Résident en EHPAD
- En milieu carcéral
- Autre structure d'hébergement collectif
- Ne sait pas

Professionnel de santé :

Le patient est un professionnel de santé :

- Oui
- Non
- Ne sait pas

Réception des résultats via le portail :

Le patient accepte de recevoir ses résultats via le portail patient :

- Oui
- Non

**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** (90PPO) (entourer)