

## BON DE DEMANDE CHR ORLEANS INFECTION A CORONAVIRUS SARS-CoV-2

Etiquette Patient	Etiquette UF	Médecin prescripteur : ..... N° Poste : .....
-------------------	--------------	-----------------------------------------------------

**Prélèvement réalisé pour le diagnostic Coronavirus SARS-CoV-2 (prélèvement dédié)**  
**Merci de réaliser les prélèvements selon les procédures en vigueur dans l'établissement (Cf. LAB-DOC-429)**

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

Écouvillonnage nasopharyngé (avec milieu de transport)

Aspiration trachéale     LBA / mini-LBA     Aspiration nasopharyngée     PDP     Expectoration provoquée

**Veillez préciser les prélèvements réalisés :** (code d'enregistrement réservé laboratoire)

Depuis le 06/12/21, la PCR inclut la recherche de 3 virus distincts : SARS-CoV-2, Grippe et VRS.

TROD SEUL (5AGZC)     PCR SEULE (9TRIP)     TROD + PCR (5AGZC + 9TRIP)

**TEST RAPIDE A ORIENTATION DIAGNOSTIQUE Antigénique COVID VIRO® (AAZ) (Ecouvillonnage nasopharyngé)**  
 Suivre scrupuleusement les modalités de réalisation du test avant de réaliser le test : (LAB-MO-683)

**Tracabilité de la réalisation du test :**

- Nom Opérateur : .....
- Numéro de lot du kit : .....
- Date d'expiration du kit : .....
- Heure du lancement du test : .....h.....

*Attendre 15 minutes avant lecture du résultat*

**Veillez entourer le résultat obtenu :**

Résultat Obtenu 5AGZC			
Interprétation	Négatif	Positif	Invalide

**Contexte / Indication :**

<input type="checkbox"/> Patient symptomatique, sans signes de gravité <input type="checkbox"/> Patient symptomatique, <b>avec signes de gravité</b> <input type="checkbox"/> <b>Bilan URGENT. INDICATION :</b> .....  <input type="checkbox"/> Vaccination : <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI (compléter le tableau)	<input type="checkbox"/> Immunodépression- Pathologie : ..... <input type="checkbox"/> Femme enceinte. Terme : .....SA <input type="checkbox"/> Séjour à l'étranger <14 j (ou contact avec une personne ayant séjourné à l'étranger). Destination : ..... Date du retour : .....
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	Date de l'injection	Dénomination du vaccin injecté
<input type="checkbox"/> 1ère dose	___/___/___	
<input type="checkbox"/> 2ème dose	___/___/___	
<input type="checkbox"/> 3ème dose	___/___/___	
<input type="checkbox"/> 4ème dose	___/___/___	

**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)**