

BON DE DEMANDE CHR ORLEANS CORONAVIRUS / GRIPPE

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)

TROD SEUL (5AGZC) PCR SEULE TROD + PCR

TEST RAPIDE A ORIENTATION DIAGNOSTIQUE Antigénique COV-GRIP® (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.....
- Lecture /Interprétation :**

Résultat obtenu		<p>Préconisations de lecture :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Attendre 15 minutes avant la lecture du résultat - Ne pas lire au-delà de 20 minutes. - S'assurer de la présence des bandes contrôles (Bandes C) - Résultat COVID : Bande T - Résultat Grippe A : Bande A - Résultat Grippe B : Bande B
------------------------	--	--

Veillez entourer le résultat obtenu :

COVID : **NEGATIF** / **POSITIF** / **INVALIDE**

GRIPPE A : **NEGATIF** / **POSITIF** / **INVALIDE**

GRIPPE B : **NEGATIF** / **POSITIF** / **INVALIDE**

**!/ \ VEUILLEZ IMPERATIVEMENT ADRESSER CETTE FEUILLE DE RESULTAT AU LABORATOIRE !/ **

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)