

Fiche de renseignements cliniques COVID-19 (SARS-CoV-2)

MÉDECIN PRESCRIPTEUR ET/OU LABORATOIRE PRÉLEVEUR

MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Nom :

Hôpital/service :

Tél. : | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Fax : | | | | | | | | | | | | | | | | | |

LABORATOIRE PRÉLEVEUR

Nom :

Hôpital LBM

CP : | | | | | Ville :

Tél. : | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Fax : | | | | | | | | | | | | | | | | | |

PATIENT*

Nom : Prénom : Nom de naissance :

Date de naissance : | | | | | | | | | | Sexe : F M

CP : | | | | | Ville :

*Toutes ces informations sont obligatoires pour la prise en charge de la demande.

NATURE DU PRÉLÈVEMENT

Date de prélèvement : | | | | | | | | | |

- Nasopharyngé Expectoration/crachat LBA Aspiration bronchique
 Autres (préciser) :

SIGNES CLINIQUES

- Fièvre Signes respiratoires Syndrome de détresse respiratoire aiguë
 Syndrome grippal Signes digestifs Insuffisance rénale Conjonctivite Asymptomatique

CONTEXTE

- Antécédents de prélèvement positif pour SARS-CoV-2 OUI NON
Personne co-exposée OUI NON
Voyages récents à l'étranger (< 14 jours) OUI NON
Si oui, préciser le pays :
Contact étroit avec un cas confirmé OUI NON

En l'absence de signes cliniques ou d'antécédents de prélèvements positifs, il n'est pas prévu de prise en charge de l'analyse par la NABM. L'analyse sera réalisée hors nomenclature.

Bon pour accord HN OUI NON

Journal Officiel / Arrêté du 7 mars 2020 portant modification de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale (inscription de la détection du génome du SARS-CoV-2 par RT PCR) :

<https://www.eurofins-biomnis.com/wp-content/uploads/2020/03/JO058-070320.pdf>

Indication du test selon la définition de cas de Santé Publique France :

<https://www.santepubliquefrance.fr/media/files/01-maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/definition-de-cas-03-03-20>

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

- Vaccination contre la grippe saisonnière OUI NON
Prescription de traitement anti-viral OUI NON
Existence d'une maladie chronique OUI NON
Si oui, préciser : Diabète Maladie cardiovasculaire Maladie respiratoire Immunodépression
 Autres (préciser) :