

 POLE DE BIOLOGIE PATHOLOGIE GENETIQUE <i>INSTITUT DE MICROBIOLOGIE</i> <i>Virologie moléculaire autres virus</i> CAC 8885	FICHE D'ENREGISTREMENT FICHE DE RENSEIGNEMENTS CLINIQUES SARS-CoV-2 (COVID-19) RT PCR	SIL-FE-CBP-251 V : 1 Applicable au : 17/02/2021 Page 1 sur 1
---	--	---

PATIENT RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES

NOM DE NAISSANCE :		PRENOM :		NOM MARITAL :	
SEXE	<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> F	DATE DE NAISSANCE :		
ADRESSE DU PATIENT* :					
NUMERO DE TELEPHONE DU PATIENT* :			MAIL DU PATIENT :		
NOM DU MEDECIN TRAITANT :					
NUMERO DE TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT :					
<input type="checkbox"/>	Hospit /Soins externes	<input type="checkbox"/>	Résident EHPAD	<input type="checkbox"/>	Structure médicosociale
<input type="checkbox"/>					Personnel soignant, CAMI etc

Prescripteur *	Etiquette du laboratoire	Date d'arrivée au laboratoire
Nom du médecin : Téléphone : Fax : E-mail : <i>(Indispensable pour l'envoi rapide du résultat)</i>		

Date de prélèvement

Nature du prélèvement

Nasopharyngé/nasal Prélèvement supraglottique/trachéal

Expectoration/crachat Lavage broncho-alvéolaire

Autre, précisez

PATIENT SYMPTOMATIQUE Précisez : Date de début de la maladie

Nature des signes : Respiratoires Digestifs Autres, précisez

PATIENT ASYMPTOMATIQUE

TROD réalisé ? OUI NON Si oui, résultat Positif Négatif

DEPISTAGE (CAMI, Centre de prélèvements, cas contact...)

Bilan pré-interventionnel ➔ **Bloc prévu le* (date et heure) :**

Patient contact *Prélèvement nasopharyngé uniquement*

Soignant contact

CAS PARTICULIERS : Situations justifiant une prise en charge particulière *Prélèvement nasopharyngé uniquement*

PMO Greffe Date de la greffe :

Geste interventionnel urgent (fibroscopie, chirurgie, dialyse, ...)

Patient suspect ambulatoire, sans médecin traitant ou à risque d'être perdu de vue

Résultat attendu le (date et heure)* :

**Champ obligatoire pour un délai de rendu des résultats adapté*

Pour d'autres situations ne répondant pas à ces critères, veuillez contacter l'unité COVID du CBP au 29450

Commentaires

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

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 par le laboratoire de le CNR virus des infections respiratoires (dont la grippe) ou Santé publique France. En effet, ces instituts conduisent des travaux de recherche en vue d'améliorer le diagnostic et les connaissances générales sur les virus grippaux, les autres virus respiratoires et les pathologies qui en résultent. Toute recherche en matière de génétique humaine est exclue de cette démarche. Vous pouvez, si vous le souhaitez, refuser l'utilisation à des fins de recherche de vos prélèvements et/ou données personnelles en vous adressant au laboratoire de Virologie du CHU de Lille (Boulevard du Pr Jules Leclercq 59037 Lille Cedex. Tél : 03 20 44 69 30) - *recommandation HCSP