

FORMULAIRE DE PRESCRIPTION ET DE RENSEIGNEMENTS CLINIQUES
RECHERCHE DE SARS-COV-2- (COVID 19)

PATIENT
ETIQUETTE C PAGE

Service de soins (UF) : _____

Date de prélèvement : __/__/20__

Heure de prélèvement : __ h __

Prescripteur : _____

Préleveur : _____

PRESCRIPTION

☐ PCR SARS-CoV-2

☐ Sérologie SARS-CoV-2

☐ Antigène SARS-CoV-2

Contrôle vaccination :

Oui ☐ Non ☐

PASS Sanitaire, cas contact
asymptomatique, dépistage

TPOLOGIE DU PATIENT

- Lieu de résidence actuel : ☐ Hébergement individuel ☐ Hospitalisé ☐ EHPAD
☐ Milieu carcéral ☐ Autre hébergement collectif ☐ Ne sait pas
- Le patient est-il un professionnel de santé ? ☐ OUI ☐ NON ☐ Ne sait pas
- Séjour à l'étranger dans les 14 jours précédant le prélèvement : ☐ NON
☐ OUI → Quel pays : _____
- **Exploration d'un cas contact :** ☐ OUI ☐ NON ☐ Ne sait pas

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

1. **SIGNES CLINIQUES**

Fièvre, toux, gorge irritée, perte goût/odorat, fatigue ou douleurs inhabituelles, diarrhée, difficultés respiratoires

Date d'apparition des symptômes :

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

2. **CONTEXTE**

Diagnostic : suspicion d'infection COVID-19 ☐

PCR patient hospitalisé J0 ☐ J7 ☐

Dépistage en vue d'une hospitalisation programmée ☐

Exploration d'un cluster ☐ Exploration cas contact ☐

3. **SCHEMA VACCINAL**

☐ COMPLET

☐ PARTIEL

☐ NON VACCINE

URGENTS

- ☐ **Bloc immédiat. Date et Heure prévue :** _____
- ☐ **Urgences symptomatiques**
- ☐ **Hospitalisation immédiate**

*Etiquette patient
GLIMS*