

(ETIQUETTE PATIENT)

Nom
Nom de naissance :
Prénom :
Sexe : H F
Né(é) le :

**LABORATOIRE DE BIOLOGIE
Centre Hospitalier COMPIEGNE NOYON**

Numéro de travail

BON DE DEMANDE « COVID-19 PRE-OP »

Service (ou UF) :
Préleveur :
Date du prélèvement : __/__/__ Heure : __h__

* Prescripteur :

RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES *

ATTENTION ! Il est impératif de renseigner les éléments demandés ci-dessous. Ils conditionnent la prise en charge des analyses demandées et participent à la remontée d'information nationale dans le logiciel SI-DEP.

Consentement SIDEP : OUI NON

S'il n'y a pas de consentement ou en l'absence de réponse, SI-DEP n'est pas autorisé à générer et à envoyer un justificatif d'absence de contamination par la covid-19 ou un certificat de rétablissement. Les données personnelles du patient ne seront pas stockées.

En cas de consentement, merci de renseigner l

e numéro de **téléphone portable** personnel du patient :

Professionnel d'établissement de santé
ou d'établissement médico-social :

- NON
- OUI hors CHICN
- OUI au CHICN, préciser le(s) service(s) :

* **Symptômes évocateurs de COVID-19 :**

Date d'apparition des symptômes :

__ / __ / __

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

* **Mode d'hébergement :**

- Hébergement individuel
- Hébergé en EHPAD
- Autre type d'hébergement collectif
- Hospitalisé
- Milieu carcéral
- Autre :

* **Pays de provenance dans les 15 jours précédents ou contact avec personne de retour dans les 15 jours précédents (PAYPR) :**

.....

RT-PCR SARS-Cov2 (1111)

Transmission en triple emballage

Nature du prélèvement :

- Ecouvillon naso-pharyngé
- Autre :

• **Contexte de la demande :**

Dépistage pré-opératoire

Date de l'intervention :/...../.....

Nom du chirurgien ou
service de chirurgie concerné :