

(ETIQUETTE PATIENT)

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

**LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE  
Centre Hospitalier COMPIEGNE NOYON  
TEST ANTIGENIQUE « COVID-19 »**

Numéro de travail  
Etiquette Labo

Service (ou UF) : .....  
Préleveur : .....  
Date du prélèvement : \_\_/\_\_/\_\_ Heure : \_\_h\_\_

\* Prescripteur : .....

**RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES \***

**ATTENTION ! Il est IMPERATIF 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

le 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) : .....

\* **Apparition de 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 : .....

\* **Vacciné (COV\_VACC) :**  Oui  Non

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

**Test à réaliser à partir d'un ECOUVILLON NASO-PHARYNGE et à tracer dans DXCARE.  
Résultat à transmettre rapidement au laboratoire par le biais de ce formulaire pour saisie.**

**TEST ANTIGENIQUE Covid + Grippe A/B (1111COFLU)**

Test utilisé :  LumiraDX Covid+Grippe (coller le résultat)

**TEST ANTIGENIQUE Covid (1111AG ou 1111LUMI)**

Test utilisé :  Panbio Covid Ag (Abbott)  LumiraDX Covid (coller le résultat)  Autre : .....

N° de lot du coffret : .....

Date d'expiration du coffret : .....

**NB : Le contrôle positif et le contrôle négatif doivent être réalisés à chaque ouverture de coffret et tracés sur ce formulaire.**

Interprétation du test (**Abbott : lecture du résultat entre 15 et 20 minutes**) :

-Résultat négatif : présence ligne C ; absence ligne T

-Résultat positif : présence ligne C et ligne T (quelle que soit l'intensité de la ligne T)

• 1<sup>ère</sup> lecture:  Positif  Négatif

Nom du 1<sup>er</sup> lecteur : .....

• 2<sup>ème</sup> lecture:  Positif  Négatif

Nom du 2<sup>ème</sup> lecteur : .....