

(ETIQUETTE PATIENT)

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

LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE  
Centre Hospitalier COMPIEGNE NOYON  
BON DE DEMANDE « COVID-19 »

Numéro de travail

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

\* Prescripteur : .....  
En absence de prescription, Médecin traitant : .....

**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) :

.....

\* : renseignements obligatoires

**COVID seul (RT-PCR) (1111QS ou 1111BD)**  
 cocher en cas de bloc en Urgence → PCR rapide VITA-PCR (1111vita)

Transmission en triple emballage

**COVID + GRIPPE A/B (RT-PCR) (1111BD)**

**COVID + GRIPPE A/B + VRS (RT-PCR) (1111TRI)**

\* Nature du prélèvement :  Ecouvillon naso-pharyngé  Expectoration/crachat  PETP  
 Aspiration endo-trachéale  Salive  Autre : .....

Contexte de la demande :

- Suspicion clinique : *dans ce cas préférer la recherche SARS-Cov2+Grippe (en saison grippale)*
- Dépistage préopératoire ou pré-hospitalisation
- Contact étroit avec un cas confirmé
- Dépistage systématique d'un professionnel.. Préciser l'établissement/le service : .....
- Dépistage systématique d'un résident d'EHPAD ou ESMS. Préciser l'établissement/le service : .....

**SEROLOGIE SARS Cov2 (1428)**

1 Tube sec gel (bouchon marron)

Contexte de la demande :  Diagnostic biologique  Suivi vaccinal