



BON DE DEMANDE **RT-PCR SARS-CoV2 (COVID 19)**

**RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES SURLIGNES POUR ENVOI SUR SI-DEP
 PAR LE CHU**

PATIENT

Nom de naissance : _____

Date de Naissance : ____ / ____ / _____

Nom usuel : _____

Adresse postale : _____

Prénom : _____

Pays : France Autre : _____

Sexe : Homme Femme

Lieu de naissance : _____

Tel Portable : _____

S.Sociale ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Courriel (MAJUSCULES) : _____ @ _____

CONTEXTE : CLUSTER NON OUI (Si oui, préciser le lieu supposé : _____)

Patient zéro ou Cas contact : { Patient présent dans ContactCovid (AméliPro)
 Déclaration faite dans ContactCovid : OUI NON

Prélèvement à l'initiative du patient SANS PRESCRIPTION

Dépistage en amont d'une hospitalisation ou d'une chirurgie ambulatoire { au CHU de Dijon
 hors CHU de Dijon

Dépistage ARS (code de campagne : ____ - ____ - ____)

RENSEIGNEMENTS

Délai d'apparition des premiers symptômes (Température, toux, gorge irritée, perte goût/odorat, fatigue ou douleurs inhabituelles, diarrhée, difficultés respiratoires,...) au jour du prélèvement :

asymptomatique ce jour ou la veille 2, 3 ou 4 jours avant 5, 6 ou 7 jours

entre 8 et 14 jours entre 15 et 28 jours > de 4 semaines Ne sait pas

Lieu de résidence actuelle : Hébergement individuel Hospitalisé Milieu carcéral
 Résident en EHPAD Autre structure d'hébergement collectif
 Ne sait pas

Le patient consent à accéder à ses résultats via le portail patient : Oui Non

Le patient est un professionnel de santé (Personnel travaillant dans un établissement de santé ou assimilé) : Oui Non Ne sait pas

Si voyage à l'étranger dans les 14 derniers jours, pays de provenance : _____

Résidence temporaire (si différente de résidence actuelle ou prévue dans les 7 jours) :

Code postal : _____ N° du département : _____ Pays : France Autre : _____

MEDECINS

Médecin prescripteur si prescription : RPPS _____ **OU** Absence de prescription

Nom : _____ Prénom : _____

Tel : _____ Courriel sécurisé : _____

Adresse postale : _____

Médecin traitant : RPPS _____ **OU** Absence de médecin traitant déclaré

Nom : _____ Prénom : _____

Tel : _____ Courriel sécurisé : _____

Adresse postale : _____

PRELEVEMENT ÉTABLISSEMENT PRELEVEUR : _____ **Nom du préleveur** : _____

Date : ____ / ____ / _____ **Heure** : ____ h ____

EXAMENS A REALISER : RT-PCR SARS-CoV2 (COVID-19) **Merci de JOINDRE L'ORDONNANCE**