Laboratoire de Biologie Médicale DYNABIO www.dynabio.fr

LAFAYETTE	294 cours Lafayette 69003 LYON	Tél. 04 37 69 73 23
CROIX-ROUSSE	9 place de la Croix-Rousse 69004 LYON	Tél. 04 78 28 37 16
LOUP PENDU	545 avenue Victor Hugo 69140 RILLIEUX LA PAPE	Tél. 04 37 85 09 70
LES VERCHERES	60 avenue de l'Europe 69140 RILLIEUX LA PAPE	Tél. 04 78 88 83 92
CARREAU	68 avenue de Verdun 69330 MEYZIEU	Tél. 04 78 04 07 20

FICHE DE TRANSMISSION DES PRELEVEMENTS POUR DEPISTAGE DU COVID-19

(détection du génome du SARS-CoV-2 par RT-PCR)

PATIENT

Enregistré comme « Patient contact Covid-19 » à la CPAM ? ❑ OUI ❑ NON

Nom d'usage : **Prénom :** **Date de naissance :**

Nom de naissance : **Sexe :** ❑ M ❑ F

Lieu de résidence : ❑ Hébergement individuel ❑ Hospitalisé ❑ Résident en EHPAD ❑ En milieu carcéral ❑ Autre structure d'hébergement collectif

Adresse :

Tél mobile en priorité (à défaut Tél fixe) :

ou Tél de l'établissement (si patient hospitalisé, en EHPAD, maison de retraite…) :

Email :

Si patient non connu par le laboratoire, joindre copie attestation vitale + copie attestation mutuelle.

En l'absence de ces documents, renseigner les champs suivants :

Nom / Prénom de l'assuré : ***Caisse :***

N° SS : ***Mutuelle :***

PRESCRIPTION

Nom du médecin prescripteur : ❑ Ordo jointe ❑ Ordo à venir ❑ Sans ordo

PRELEVEMENT

Nom / Prénom du préleveur : **Qualité :** ❑ IDE ❑ Médecin ❑ Sage-femme

Date du prélèvement : **Heure du prélèvement :**

Origine du prélèvement : ❑ Ecouvillonnage nasopharyngé ❑ Crachat ❑ Lavage bronchoalvéolaire (LBA)

TRANSMISSION DES RESULTATS

❑ A faxer au : ❑ A téléphoner au :

Exemplaire patient : ❑ A récupérer au labo ❑ A poster ❑ Internet

Exemplaire médecin : ❑ Prescripteur ❑ Autre(s) médecin(s) :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

- **Le patient est-il un professionnel intervenant dans le système de santé ?** ❑ OUI ❑ NON ❑ Ne sait pas
- **Apparition des premiers symptômes :**
  - ❑ Le jour ou la veille du prélèvement
  - ❑ 2, 3 ou 4 jours avant le prélèvement
  - ❑ 5, 6 ou 7 jours avant le prélèvement
  - ❑ Entre 8 et 15 jours avant le prélèvement
  - ❑ Plus de 15 jours avant le prélèvement
  - ❑ Asymptomatique
  - ❑ Ne sait pas
- **Autres renseignements utiles :**

CADRE RESERVE AU LABORATOIRE

Réceptionné par : le ____/____/____ à __ h__ ❑ Conforme ❑ Non conforme

Commentaires :