



LBM du Centre Hospitalier
R. Bisson
4, rue Roger Aini
CS 97223
14107 LISIEUX Cedex

Fiche de recueil de renseignements
pour le dépistage COVID-19

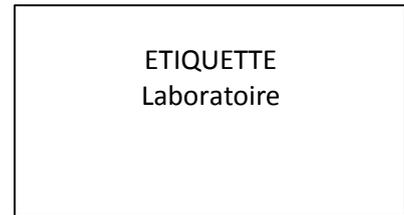
Ref : HC1-FOR016
Version : 13
Applicable le : 17-11-2023



Laboratoire de Biologie Médicale du Centre Hospitalier de Lisieux
A. Legros A. Dubois G. Beretta M. Basley-Cormier C. Gagnier

PATIENT :

NOM usage :
NOM de naissance :
Prénom :
Date de naissance :
SEXE : M F



Pays de résidence habituelle : France (métropolitaine) : DOM-TOM : Autre pays :
Département :

Voyage récent à l'étranger (< 14 jours) : Pays : Date de retour :/...../.....

Contact avec une personne ayant séjourné à l'étranger : Pays : Date de retour :/...../.....

PRESCRIPTEUR :
Prélevé le/...../..... àh.....
Par Qualité
SERVICE :

Numéro de portable (indispensable) :
Courriel :
N° de sécurité sociale : _ _ / _ _ / _ _ _ _ _ _ _ _
Nom du médecin traitant :

Refus exprimé du patient pour envois de résultats :

- DMP Messagerie MSSANTE Professionnel de Santé Messagerie MSSANTE Citoyenne
 Masquage aux professionnels de santé dans le DMP Masquage aux représentants légaux dans le DMP

Recherche de SARS-CoV2 par RT-PCR Écouv. naso-pharyngé Salive Autre :

CONTEXTE DU DEPISTAGE :

- Présence de symptômes
 Contact avec une personne dépistée positive au COVID-19
 Dépistage systématique :
 avant chirurgie (Date intervention :/...../.....)
 avant hospitalisation / EHPAD
 autre contexte (à préciser) :
 Contrôle après premier dépistage COVID-19 positif
 Contexte de cluster (Lieu/Événement :)
 Professionnel de santé : Fonction : Service :

DEVENIR DU PATIENT :

- URGENT
 Hospitalisation prévue
 Hospitalisation en cours
 Indéterminé au moment du prélèvement
 Retour à domicile :
 Dans un hébergement individuel privé
 En EHPAD
 Dans une structure d'hébergement collectif (caserne, foyer,...)
 En milieu carcéral

Si je réside actuellement dans un autre département que celui de ma résidence principale: Code postal temporaire :

Joindre Attestation sur l'honneur (pour personnel hors CHR)

Consentement pour transmission nominative au système d'information national SI-DEP : NON OUI

DEBUT DES SIGNES CLINIQUES : ≤ 1 j 2-4 j 5-7 j 8-14 j 15-28 j >28 j Absence de symptômes

Merci de remplir les renseignements suivants si symptômes :

Renseignements cliniques

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fièvre | <input type="checkbox"/> Dyspnée (difficulté à respirer) |
| <input type="checkbox"/> Toux | <input type="checkbox"/> Pneumonie |
| <input type="checkbox"/> Anosmie (perte de l'odorat) | <input type="checkbox"/> Syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA) |
| <input type="checkbox"/> Agueusie (perte du goût) | <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale |
| <input type="checkbox"/> Signes digestifs (diarrhées) | <input type="checkbox"/> Etat confusionnel, chute |
| <input type="checkbox"/> Autres : | |

Comorbidités/état physiologique particulier

- Diabète
 Maladie cardio-vasculaire
 Maladie respiratoire
 Immunodépression
 Grossesse
 Autre maladie chronique :

Sérologie - Recherche d'IgG totales anti-SARS-CoV2

(Conditions de réalisation d'après Rapport d'évaluation HAS • Place des tests sérologiques dans la stratégie de prise en charge de la maladie COVID-19 mai 2020)

Présentation clinique :

- Symptomatique avec signes de gravité/hospitalisation Asymptomatique **Professionnel de santé :**
 Symptomatique sans signes de gravité/ambulatoire Contrôle vaccinal NON OUI

Début des signes cliniques : ≤ 1 j 2-4 j 5-7 j 8-14 j 15-28 j >28 j Asymptomatique

Résultat de la RT-PCR :

- Négative - Scanner évocateur Non réalisée - Scanner évocateur
 Négative - Scanner non réalisé/ non évocateur Non réalisée - Scanner non réalisé/ non évocateur
 Négative - Scanner non réalisé/ non évocateur Positive (Date :/...../.....)