

Version	L	Date de validation	03/07/2020
Type de texte	VISKALI MP	Mise en application	03/07/2020
Dernière(s) modification(s) du document : PAGE 2 : DEPISTAGE COVID			

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

A transmettre avec chaque prélèvement microbiologique/virologique

Etiquette scan
Dossier patient

Nom Prénom du préleveur :

Heure du prélèvement ou du recueil :

PRELEVEMENT OU RECUEIL REALISE AU LABORATOIRE

PRELEVEMENT REALISE PAR PRELEVEUR EXTERNE ou DEPOSE au labo
Réceptionné au secrétariat par : à : h le :

IDENTITE VERIFIEE SUR DOCUMENT D'IDENTITE OFFICIEL OUI NON

QUELLE QUE SOIT L'ANALYSE DEMANDEE RENSEIGNER OBLIGATOIREMENT :

Traitement antibiotique < 48h : Non Oui préciser :

Traitement antibiotique à prendre après l'examen : Non Oui préciser :

Traitement antiparasitaire : Non Oui préciser :

URINES : Suspicion Infection Grossesse Bilan pré-op Sonde Contrôle post-ATB
Dans le cadre d'un bilan général

SELLES : Diarrhée Glairo-sanglante ? depuis le :
Voyage récent à l'étranger ? Où ? Suspicion de parasites ?
Autre(s) cas dans l'entourage
Patient immunodéprimé (chimio, greffe, traitement immunosuppresseur)

PRELEVEMENTS GENITAUX : Vulvaire Vaginal Anal Urétral
Grossesse Ménopause Mycoses à répétition
Pertes Démangeaisons Zone douloureuse Odeur Dépistage d'IST

PRELEVEMENT CUTANE/PLAIE :

Bilan pré-op ou recherche de staph aureus Recherche de dermatophytes
Odeur Démangeaisons ? Suspicion Mycose ? Signes inflammatoires

Description et localisation des lésions :
.....

PALUDISME : Voyage récent : date : Où ?
Fièvre Atcd connu Prophylaxie Suivi post Traitement

ORL : ORIGINE : Nez Gorge Oreille Langue/bouche
Otite ? Angine ? Sinusite ? Suspicion mycose Bilan pré-op/ rech staph aureus

AUTRE :

VERIFICATION PREANALYTIQUE :

- Identité Adresse du patient Prescripteur
- Concordance analyses saisies au secrétariat/Prescription
- Traçabilité de toutes les informations préanalytiques nécessaires mentionnées ci-dessus

Par : heure :

DEPISTAGE COVID

Fiche à transmettre avec chaque prélèvement

Etiquette scan
Dossier patient

Nom Prénom du préleveur :

Heure du prélèvement ou du recueil :

PRELEVEMENT OU RECUEIL REALISE AU LABORATOIRE

PRELEVEMENT REALISE PAR PRELEVEUR EXTERNE ou DEPOSE au labo
Réceptionné au secrétariat par : à : h le :

IDENTITE VERIFIEE SUR DOCUMENT D'IDENTITE OFFICIEL OUI NON

PREMIER DIAGNOSTIC

SUIVI D'UN PATIENT CONFIRME

DEPISTAGE EN VUE :

- PRE – HOSPITALISATION HOSPITALISATION URGENCES
- RETOUR ZONE EPIDEMIQUE préciser.....
- DEPART POUR AUTRE PAYS préciser..... DATE DU DEPART :
- AUTRES : préciser.....

PATIENT :

- PATIENT EXTERNE mode d'hébergement
- PROFESSIONNEL DE SANTE
- PATIENT DEVANT ETRE HOSPITALISE
- CAS CONTACT : préciser.....
- AUTRES : préciser.....

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES (à tracer soit directement sur le dossier informatique soit sur ce document) :

Symptomes : OUI NON **SI OUI :**

- Date de début des symptômes :
- Fièvre $\geq 38^{\circ}$ C Céphalées
- Fatigue intense Toux
- Signes d'infection respiratoire Anosmie/agueusie (perte odorat/goût)
- Douleurs musculaires/articulaires Signes digestifs
- Autres : préciser.....

VACCINATION CONTRE LA GRIPPE SAISONNIERE OUI NON

VERIFICATION PREANALYTIQUE :

- Identité Adresse du patient Prescripteur
- Concordance analyses saisies au secrétariat/Prescription Renseignements préanalytiques

Par : heure :