



Plateforme Dépistage Haut Débit PCR Covid-19

☎ 05 57 82 28 69

✉ depistagepcr.covid19@chu-bordeaux.fr

⚠ Concerne l'ABC
Coller ici l'étiquette
Bon de demande
sans masquer le prescripteur
merci

La non conformité de la demande d'examens peut entrainer la non réalisation des analyses (GBEA 1999)

Etiquette du malade ou

Nom d'usage :
 Nom de famille (de naissance) :
 Prénom :
 Sexe :
 Date de naissance : / /
 Adresse:
 Rue, complément :
 Ville : CP :
 Mail :@.....
 Tel portable :-.....-.....

Centre Prélèvement /
Etablissement :

Téléphone

Médecin prescripteur (Nom Prénom) :

N° RPPS :

Adresse mail sécurisée (MSSanté ou Apicrypt) :

Préleveur (nom, qualité) :

Date de prélèvement :

Heure de prélèvement :

Incident survenu lors du prélèvement :

**Indispensables à l'envoi
des résultats au patient et
au suivi épidémiologique**

A compléter pour les préleveurs hors CHU uniquement

Renseignements cliniques obligatoires

Covid - Consentement du patient – portail résultats

- Consentant
 Non consentant
- Cf. notice d'information
à destination des patients

Date d'apparition des 1° symptômes

- Asymptomatique
 Symptômes apparus le jour ou la veille du prélèvement
 Symptômes apparus 2, 3 ou 4 j avant le prélèvement
 Symptômes apparus 5, 6 ou 7 j avant le prélèvement
 Symptômes apparus entre 8 et 15 j avant prélèvement
 Symptômes apparus plus de 2 semaines avant prélèvement
 Inconnu

Covid - Contexte Particulier

- Bilan pré-opératoire – date de l'intervention :/...../.....

Professionnel de santé

- Oui
 Non

Vaccination

- Non
 Oui Incomplète Complète Dernière dose :
 Vaccin :

Typologie du patient

- Résident EHPAD
 Patient Hospitalisé
 Hébergement individuel
 En milieu carcéral
 Autre structure d'hébergement collectif
 Situation non connue

Analyses de 1° ligne: Dépistage d'infections respiratoires

Ecouvillonnage nasopharyngé	Salive
<input type="checkbox"/> VCOV2E Dépistage Covid-19	<input type="checkbox"/> VCOV2C Dépistage Covid-19
<input type="checkbox"/> VBNE Recherche Grippe / VRS / Metapneumovirus	

Analyses de 2° ligne: Criblage et Séquençage SARS-CoV-2 (à remplir pour demandes hors CHU)

Diagnostic COVID-19 (à remplir impérativement par l'expéditeur) – charge virale (Ct):.....

Retour voyage à l'étranger <15j: non oui Lieu:.....

Nature du prélèvement: Ecouvillon nasopharyngé salive LBA Autre:.....

<input type="checkbox"/> VCOV2V Criblage SARS-CoV-2 (Ct<34 requis)	<input type="checkbox"/> VGCOV Séquençage SARS-CoV-2 (Ct<28 requis)
--	---

Indications du séquençage (obligatoires)

Stockage et acheminement à +5° C ❄️
(stable 48h max)

**Si délai de transport >48h : envoi
congelé à -20° c**

- Criblage positif. Mutation(s) identifiée(s):.....
 Cas sévère / patient en réanimation
 Infection post-vaccinale
 Echec de traitement:.....
 Suspicion de réinfection
 Suivi immunodéprimé
 Investigation de cluster
 Autre indication:.....

CHU de BORDEAUX

coller ici l'étiquette « URGENT » si nécessaire

URGENT