

Prélèvement demandé: Date: \_\_\_\_\_ Heure \_\_\_\_\_ ou Heure de tournée: 7h  11h  14h  17h  20h  00h

|                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Unité de Soins/Clinique : _____<br>MD Requérant : _____ # Licence : _____<br><b>Prélèvement fait: Date: _____ Heure _____</b><br><b>Prélevé par: _____</b><br>Cocher obligatoirement la nature de l'échantillon, l'analyse et la priorité | Identification du patient<br>Nom, Prénom : _____<br>Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/><br>Adresse : _____<br>Code postal : _____<br># Dossier ou # Ass. maladie : _____<br>Date de naissance : _____<br>ou<br>Plaquer carte |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Renseignements cliniques: \_\_\_\_\_  
 Historique de voyage: \_\_\_\_\_ Date de retour : Année-mois-jour \_\_\_\_\_

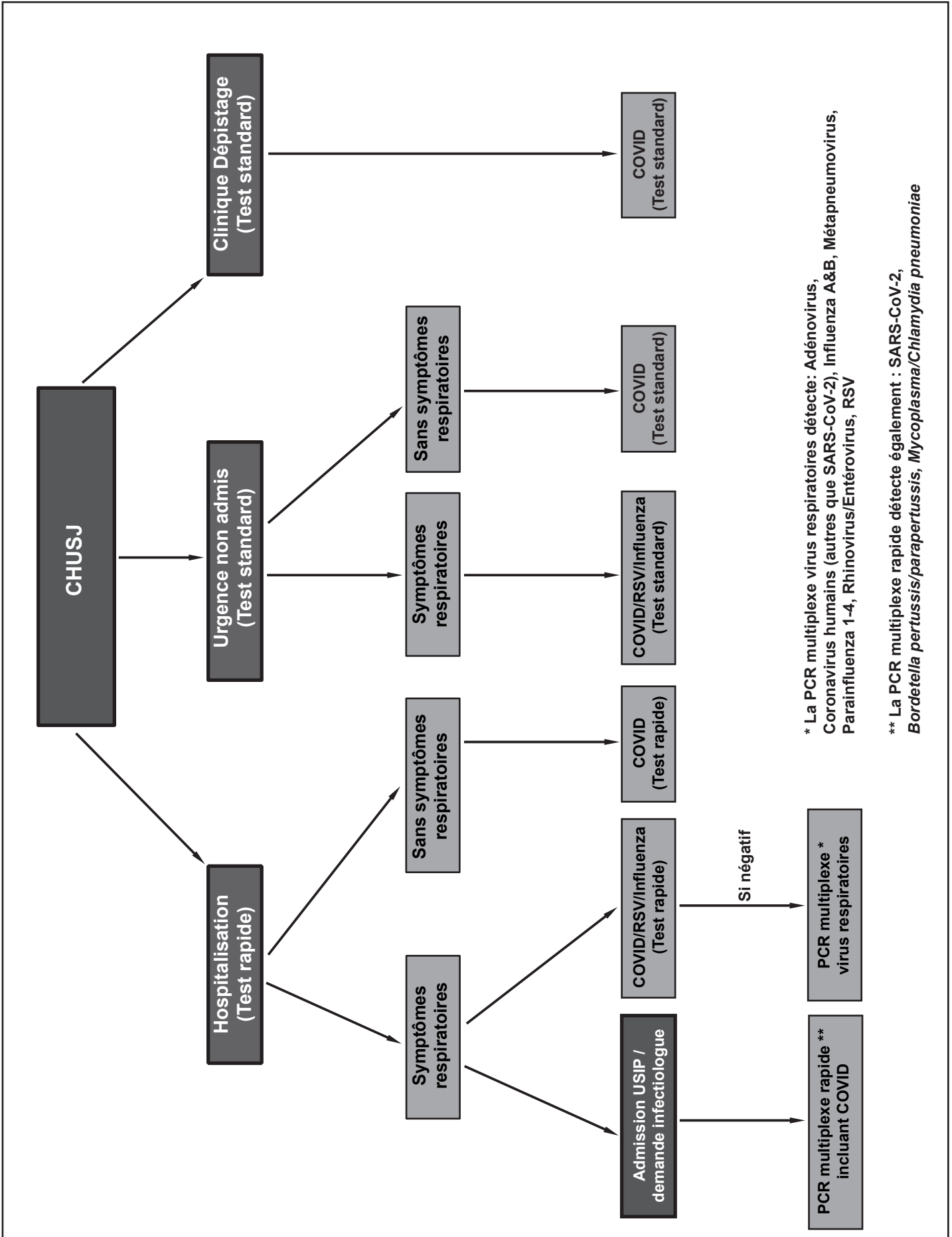
**Type d'échantillon**  Nasopharyngé  Gargarisme  Nez (cornet moyen)  Gorge + Nez  Autre : \_\_\_\_\_

**Analyse**  PCR SARS-CoV-2 standard **OU**  Test rapide  
 PCR Influenza/RSV\*  
\*Un PCR multiplex respiratoire sera fait si patient hospitalisé et SARS-CoV-2/Influenza/RSV négatif

Admission prévue  Femme enceinte en travail  
 Admission USIP  Césarienne d'urgence  
 Pré-op ou procédure imminente  Autre (approbation infectiologue) Nom : \_\_\_\_\_

**Indication (priorité)** Vous devez obligatoirement déterminer l'indication / priorité de l'analyse

|                                                                                                      |                                                                                 |                                                                                             |                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Patient (hospitalisé - ambulatoire)                                         | <input type="checkbox"/> Symptômes <b>M1</b>                                    | <input type="checkbox"/> Sans Symptôme                                                      | <input type="checkbox"/> Chimiothérapie / Radiothérapie <b>M10</b>                                   |
| <input type="checkbox"/> Travailleur santé                                                           | <input type="checkbox"/> Symptômes <b>M3</b>                                    | Lieu : _____                                                                                | <input type="checkbox"/> Pré-Admission en soins aigus <b>M8</b>                                      |
| <input type="checkbox"/> Marie Enfant (CRME-URFI-RI-RTF)                                             | <input type="checkbox"/> Symptômes <b>M2</b>                                    | <input type="checkbox"/> Sans Symptôme <b>M2</b>                                            | <input type="checkbox"/> Pré-intubation <b>M11</b>                                                   |
| <input type="checkbox"/> Donneur / receveur d'organes ou cellules souches hématopoïétiques <b>M4</b> |                                                                                 |                                                                                             | <input type="checkbox"/> Pré-bronchoscopie <b>M12</b>                                                |
| <input type="checkbox"/> Clientèles vulnérables                                                      | <input type="checkbox"/> Sans Symptôme                                          | <input type="checkbox"/> Admission en hébergement (CHSLD, RI-RTF, etc.) <b>M9</b>           | <input type="checkbox"/> Donneur / receveur d'organes ou cellules souches hématopoïétiques <b>M4</b> |
| <input type="checkbox"/> Population / Communauté                                                     | <input type="checkbox"/> Symptômes <b>M7</b>                                    | <input type="checkbox"/> Sans Symptôme                                                      | <input type="checkbox"/> Dépistage systématique <b>M17</b>                                           |
| <input type="checkbox"/> Éclosion / Étude de prévalence                                              | <input type="checkbox"/> Symptômes                                              | <input type="checkbox"/> Scolaire <b>M15</b>                                                | <input type="checkbox"/> Transfert de zones / régions <b>M20</b>                                     |
| <input type="checkbox"/> Validation de guérison <b>M19</b>                                           | <input type="checkbox"/> Sans Symptôme                                          | <input type="checkbox"/> Milieu de travail (autres que travailleurs de la santé) <b>M14</b> | <input type="checkbox"/> Intégration milieu de vie (centre jeunesse) <b>M16</b>                      |
| <input type="checkbox"/> Contacts étroits avec recommandation de la santé publique <b>M13</b>        | <input type="checkbox"/> Milieux de soins / Hébergement (avec ou sans symptôme) | <input type="checkbox"/> Personnel / travailleur <b>M5</b>                                  | <input type="checkbox"/> Dépistage asymptomatique urgence <b>M22</b>                                 |
| <input type="checkbox"/> Autres indications prescrites par la santé publique <b>M21</b>              |                                                                                 | <input type="checkbox"/> Usager <b>M6</b>                                                   | <input type="checkbox"/> Transfert inter-régional <b>M18</b>                                         |
| <input type="checkbox"/> Autres indications non spécifiques ou non documentées <b>M22</b>            |                                                                                 |                                                                                             | <input type="checkbox"/> Milieu de garde <b>M15</b>                                                  |



\* La PCR multiplexe virus respiratoires détecte: Adénovirus, Coronavirus humains (autres que SARS-CoV-2), Influenza A&B, Méta pneumovirus, Parainfluenza 1-4, Rhinovirus/Entérovirus, RSV

\*\* La PCR multiplexe rapide détecte également : SARS-CoV-2, Bordetella pertussis/parapertussis, Mycoplasma/Chlamydia pneumoniae