

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

Unité de Soins/Clinique : _____	Identification du patient
MD Requérant : _____ # Licence : _____	Nom, Prénom :
Prélèvement fait: Date: _____ Heure _____	Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Prélevé par: _____	Adresse :
Cocher obligatoirement l'analyse, l'indication clinique et le médecin approbateur	Code postal :
	# Dossier ou # Ass. maladie :
	Date de naissance :
	ou
	Plaquer carte

Renseignements cliniques: _____

Analyse SARS-CoV-2 IgG COVIG

Début des symptômes actuels : _____ AAAA / MM / JJ

Indications cliniques

- Syndrome inflammatoire systémique Perniose/manifestations cutanées Autre : _____
 Myocardite Syndrome neurologique lié au SARS-CoV-2
 Thrombose Syndrome pulmonaire aigu tardif

Médecin approbateur (infectiologues et microbiologistes) : _____

PROJET DE RECHERCHE SEULEMENT

Identification du projet : _____

Analyse SARS-CoV-2 IgG COVIG

Autres analyses : _____

Information complémentaire : _____

