



FICHE # 2 COVID-19	PRESCRIPTION DIAGNOSTIC VIROLOGIQUE	Version 3 mars. 20
-------------------------------	--	-------------------------------

Suspicion de COVID-19

Fiche à compléter impérativement par le prescripteur

Identification du prescripteur

Nom
 Adresse
 Téléphone / fax
 Date de prescription : ___/___/___

Tampon professionnel et signature

Identification du patient

Nom :
 Prénom :
 Commune de Résidence :

Date de Naissance : ___/___/___
 Sexe : M F

Quartier ou district :
 N° de Téléphone :

Cas ayant été validé par le Centre 15/ Bureau de veille sanitaire* :

OUI NON (la demande sera rejetée)

Si la case OUI est cochée, le cas possible répond totalement à la définition de cas en vigueur le jour du prélèvement.

Nom du médecin ayant validé le cas possible :

Nature du prélèvement

- Ecouvillon naso/oropharyngé sur milieu de transport
- Expectoration
- LBA
- Autre (préciser) :

Renseignement concernant le patient

Vaccination antigrippale (campagne 2019-2020) OUI NON

Clinique

Date de début des signes : ___/___/___ - soit J
 Date de prélèvement : ___/___/___ -

- Hospitalisation
- Fièvre Signes respiratoire SDRA
- Autre(s) :

Maladies chroniques connues OUI NON

- Diabète Maladie respiratoire Maladies cardio-vasculaires
- Autre(s) :

Recherche d'autres virus respiratoires par RT-PCR multiplex OUI NON