

Fiche de renseignements cliniques  
**PCR COVID-19 (SARS-CoV-2)**

**MÉDECIN PRESCRIPTEUR ET/OU LABORATOIRE PRÉLEVEUR**

**MÉDECIN PRESCRIPTEUR**

Nom : .....  
Hôpital/service : .....  
Tél. : .....  
Fax : .....

**LABORATOIRE PRÉLEVEUR**

Nom : .....  
 Hôpital  LBM  
CP : ..... Ville : .....  
Tél. : .....  
Fax : .....

**PATIENT\***

Nom : ..... Prénom : ..... Nom de naissance : .....  
Date de naissance : ..... Sexe :  F  M  
CP : ..... Ville : .....

\*Toutes ces informations sont obligatoires pour la prise en charge de la demande.

**NATURE DU PRÉLÈVEMENT**

Date de prélèvement : .....

Nasopharyngé  Expectoration/crachat  LBA  Aspiration bronchique  
 Autres (préciser) : .....

**CRITÈRES D'INCLUSION**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Patient présentant symptômes respiratoires hospitalisé en réanimation  | <input type="checkbox"/> Exploration de cas possible en EHPAD une fois que le diagnostic a été porté à partir des 3 tests                      |
| <input type="checkbox"/> Patient avec symptômes évocateurs de Covid-19 hospitalisé pour pneumopathie avec signes de gravité (hypoxémie) | <input type="checkbox"/> Exploration de cas possibles en structure d'hébergement collectif (caserne, milieu carcéral, centre médico-social...) |
| <input type="checkbox"/> Personnel de santé avec symptômes évocateurs de Covid-19   | <input type="checkbox"/> Personne avec symptomatologie de Covid-19 vivant en contact avec une personne à risque* de formes graves              |
| <input type="checkbox"/> Personne à risque de formes graves et présentant des symptômes évocateurs de Covid-19*                         | <input type="checkbox"/> Pneumopathies chez les plus de 50 ans sans critères de gravité ni co-morbidité  |
| <input type="checkbox"/> Patient hospitalisé pour une autre cause et devenant symptomatique (toux ou fièvre ou dyspnée)                 | <input type="checkbox"/> Hospitalisation programmée**  |
| <input type="checkbox"/> Donneur d'organes, de tissus ou de cellules souches  | <input type="checkbox"/> Chirurgie programmée**  |
| <input type="checkbox"/> Suivi de l'excrétion virale chez les patients graves de réanimation  | <input type="checkbox"/> Hors recommandations avec accord du patient pour HN 54 €***   |
| <input type="checkbox"/> Enquête autour d'un cas positif  | <input type="checkbox"/> Voyageurs en provenance ou à destination des DOM-TOM  |
| <input type="checkbox"/> Exploration d'un cas de foyer possible en collectivités de personnes âgées (maximum 3 tests par unité)         | <input type="checkbox"/> A la demande des ARS  |

\*Personnes à risque : personnes âgées de 70 ans et plus / Insuffisance rénale dialysée / Insuffisance cardiaque / Cirrhose stade B / ATCD cardiovasculaires : HTA, ATCD d'AVC, coronaropathie, chirurgie cardiaque / Diabétiques insulino-dépendants / Insuffisants respiratoires chroniques / Immunodépression / Femmes enceintes / Obésité morbide (IMC > 40 kg/m<sup>2</sup>)

\*\*Selon avis du 14 mai 2020 du Collège de la Haute Autorité de Santé.

\*\*\*Pour les voyageurs sur exigence du pays d'accueil / à la demande d'entreprises, de mairies, etc...)

**SIGNES CLINIQUES**

Fièvre  Signes respiratoires  Syndrome de détresse respiratoire aiguë  
 Syndrome grippal  Signes digestifs  Insuffisance rénale  Conjonctivite  Asymptomatique  
 Anosmie / Agueusie

Journal Officiel / Arrêté du 12 mai 2020 portant modification de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale (inscription de la détection du génome du SARS-CoV-2 par RT PCR) :  
<https://www.eurofins-biomnis.com/wp-content/uploads/2020/05/JO-200513.pdf>

Indication du test selon recommandations de la Direction Générale de la Santé du 07/04/2020

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES**

Vaccination contre la grippe saisonnière  OUI  NON  
Prescription de traitement anti-viral  OUI  NON  
Existence d'une maladie chronique  OUI  NON  
Si oui, préciser :  Diabète  Maladie cardiovasculaire  Maladie respiratoire  Immunodépression  
 Autres (préciser) : .....