



Formulaire de demande d'analyse pour recherche du nouveau coronavirus (Covid-2019)
Laboratoire des virus respiratoires de l'IPA, Annexe de Sidi Fredj (Tél/Fax : 023 39 37 45)

Informations sur le demandeur			
NOM DE L'HÔPITAL, DU LABORATOIRE OU AUTRE DEMANDEUR			
Médecin			
Adresse			
N° Téléphone/Fax			
Définition du cas:	<input type="checkbox"/> Cas suspect <input type="checkbox"/> Cas probable		
Informations sur le patient			
Prénom		Nom	
Identifiant du Patient		Date de naissance	Age:
Adresse		Sexe	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Inconnu
Numéro de Téléphone			
Information sur le prélèvement			
Type	<input type="checkbox"/> Nasopharyngé et oropharyngé <input type="checkbox"/> Lavage Broncho alveolaire <input type="checkbox"/> Aspiration Endotracheale <input type="checkbox"/> Aspiration Nasopharyngée <input type="checkbox"/> Lavage nasal <input type="checkbox"/> Expectoration <input type="checkbox"/> Tissu pulmonaire <input type="checkbox"/> Sérum <input type="checkbox"/> Sang total <input type="checkbox"/> Urine <input type="checkbox"/> Selles		
Tous les échantillons prélevés doivent être considérés comme potentiellement infectieux et vous devez contacter le laboratoire de référence avant d'envoyer des échantillons.			
Tous les échantillons doivent être envoyés conformément aux directives de transport de la catégorie B			
Veuillez cocher la case si votre échantillon clinique a été réalisé en post mortem <input type="checkbox"/>			
Date of prélèvement		Heure ?	
Etat de priorité			
Renseignements cliniques			
Date du début des symptômes :			
Le patient a-t-il des antécédents de voyage récent en Chine ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Pays	
		Date de retour	
Le patient a-t-il eu des contacts avec un cas confirmé ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu		
Remarques supplémentaires			