

2021

SEQUENÇAGE COVID-19

Hôpital / Laboratoire expéditeur Prescripteur : Adresse : Service : Téléphone : Numéro de fax laboratoire : Incident au cours du prélèvement :	Coller 1 étiquette patient comportant : Référence patient : Nom usuel : Prénom : Date de naissance : Sexe : Nom de naissance : Code postal patient :
---	--

Information préalable du patient : En vertu du Code de la Santé Publique et de la Loi « Informatique et liberté », et dans le respect de la confidentialité, nous vous informons de la possible utilisation de vos échantillons biologiques et des données associées, à des fins de recherche par le CNR virus des infections respiratoires (dont la grippe), Santé publique France ou le réseau Sentinelles. En effet, ces instituts conduisent des travaux de recherche en vue d'améliorer le diagnostic et les connaissances générales sur les virus grippaux et les pathologies qui en résultent. Toute recherche en matière de génétique humaine est exclue de cette démarche. vous pouvez, si vous le souhaitez, refuser l'utilisation à des fins de recherche de vos prélèvements et/ou données personnelles en vous adressant au CNR Virus des infections respiratoires (dont la grippe) « CNR VIR »

Information remise/donnée au patient (ou pour les mineurs, au titulaire de l'autorité parentale / pour les majeurs sous tutelle, au tuteur) : ☐ oui ☐ non

Diagnostic

Date du prélèvement **Heure**

Diagnostic COVID-19 (à remplir par l'expéditeur) :

Charge virale (Ct) :

Kit de diagnostic utilisé :

Si Thermofischer TaqPath, profil S négatif : ☐ NON ☐ OUI

Informations patient (à remplir par l'expéditeur) :

Cas sévère (réanimation) : ☐ NON ☐ OUI

Vaccination anti-SARS-Cov-2 : ☐ NON ☐ OUI

Date :

Type :

Indication du Séquençage/Génotypage COVID-19

☐ **NVAR** Suspicion de variant

Voyage récent à l'étranger (<15 jours) : ☐ NON ☐ OUI

Contact avec voyageur : ☐ NON ☐ OUI

Lieu :

☐ **NREINF** Suspicion de réinfection

☐ **NSID** Suivi immunodéprimé

☐ **NCLUS** Investigation de cluster

☐ **NAUTRE** Autre :

Nature du prélèvement

Prélèvement respiratoire Haut

☐ **NCOVARTNG** Nez Gorge

☐ **NCOVARTNAPH** Nasopharyngé

Prélèvement respiratoire Bas

☐ **NCOVARTLBA** Liquide Broncho-Alvéolaire

☐ **NCOVARTPOUM** Poumon

☐ **NCOVARTRBR** Trachéo-Bronchique

☐ **NCOVARTAUTR** Autre :

Message à destination du Centre de Tri destinataire :
→ À envoyer à la plateforme MGI du laboratoire de Desgenettes à +4°C.
(108 Boulevard Pinel, 69003 Lyon Bâtiment G)