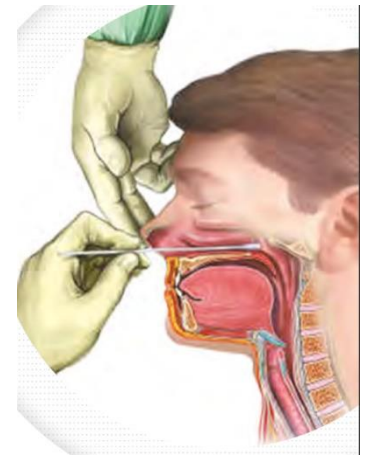


INDICATION DU TEST : [HTTPS://SOLIDARITES-SANTE.GOUV.FR/IMG/PDF/COVID-19__RT-PCR-AMBULATOIRE-FICHE-ARS.PDF](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/PDF/COVID-19__RT-PCR-AMBULATOIRE-FICHE-ARS.PDF)

PREPARATION : le préleveur doit s'équiper de moyens de protection appropriés (*masque, gant, surblouse ...*)

PRELEVEMENT NASO-PHARYNGE PAR ECOUVILLONNAGE :

- ✓ Etiqueter le tube avec le **NOM PRENOM** et **DATE DE NAISSANCE DU PATIENT**.
- ✓ Faire porter un masque chirurgical au patient afin de protéger le préleveur d'une éventuelle toux.
- ✓ Faire asseoir le patient, la tête droite.
- ✓ Soulever la pointe du nez de manière à offrir la vision de la fosse nasale en enfilade au niveau de son plancher.
- ✓ Saisir entre deux doigts l'écouvillon par le corps métallique et introduire l'écouvillon dans la narine perpendiculairement au plan de la face (et non parallèlement à l'arête nasale) en longeant le plancher de la fosse nasale.
- ✓ Enfoncer l'écouvillon jusqu'au contact de la paroi rhino-pharyngée. Une résistance doit être nettement perçue.
- ✓ Faire rouler l'écouvillon entre les doigts afin de prélever le mucus.
- ✓ Retirer l'écouvillon dans l'axe et prendre garde à ne pas toucher l'orifice narinaire.
- ✓ Introduire l'écouvillon dans le tube contenant le milieu de transport de virus.
- ✓ Casser l'embout de l'écouvillon **QUI** sera laissé dans le milieu de transport de virus. La tige restante doit être jetée dans un container DASRI.



EMBALLAGE DU PRELEVEMENT ET ACHEMINEMENT AU LABORATOIRE :

- ✓ L'extérieur du tube contenant le milieu de transport doit impérativement être décontaminé à l'aide du Surfa'safe
- ✓ Mettre le prélèvement dans un sachet de prélèvement à usage unique et le fermer.
- ✓ Mettre cette feuille dans le rabat du sachet.
- ✓ Le sachet est placé dans une boîte rigide pour assurer l'acheminement au laboratoire.

PREMIER DIAGNOSTIC **OU** **SUIVI D'UN PATIENT CONFIRME COVID-19**

<p><u>PATIENT :</u> Nom : Prénom : Nom de naissance : Né(e) le : ___ / ___ / _____ Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> N° tél : Adresse :</p>	<p><u>PROFESSIONNEL DE SANTE :</u> <input type="checkbox"/> OUI (préciser) : <input type="checkbox"/> NON</p>
<p><u>ASSURE :</u> Nom : Prénom : Né(e) le : ___ / ___ / _____ N° SS : _____ Caisse : _____ Mutuelle : _____ N° AMC : _____ N° adhérent : _____ <input type="checkbox"/> 100 % ALD <input type="checkbox"/> 100 % sauf médic. 35 % <input type="checkbox"/> CMU <input type="checkbox"/> Maternité Date début de grossesse : ___ / ___ / _____</p>	<p><u>VACCINATION CONTRE LA GRIPPE SAISONNIERE</u> <u>ANNEE 2019-2020 :</u> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>
<p><u>RECUEIL :</u> Date et Heure de recueil : ___ / ___ / _____ à ___ h ___</p>	<p><u>RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :</u> Date de début des symptômes : ___ / ___ / _____ Fièvre (plus de 38 °C) ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Céphalées ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Fatigue intense ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Toux ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Signes d'infection respiratoire ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <i>Si oui, préciser :</i> Anosmie ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Douleurs musculaires / articulaires ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Signes digestifs ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Autre (préciser) :</p>
<p><u>TRANSMISSION DES RESULTATS :</u> <input type="checkbox"/> Serveur de résultats en ligne My Synlab <input type="checkbox"/> A poster Transmission au médecin : <input type="checkbox"/> A faxer <input type="checkbox"/> A téléphoner</p>	<p><u>LIEN AVEC UN CAS CONFIRME :</u> <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Autre personne vivant sous le même toit <input type="checkbox"/> Personnel soignant non hospitalier <input type="checkbox"/> Voisins, collègues de travail <input type="checkbox"/> Co-voyageur, même groupe de voyage <input type="checkbox"/> Personnel en charge du ménage Autre (préciser) :</p>